

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 480

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Arthur MITRANI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né à Bucarest le 30 octobre 1910.

Contribution à l'étude des
formes cliniques et du traitement
de l'acrodynie infantile

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Arthur MITRANI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né à Bucarest le 30 octobre 1910.

Contribution à l'étude des
formes cliniques et du traitement
de l'acrodynie infantile

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

1935

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.
GALLIARD Parasitologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
GASTINEL Bactériologie.	LACOMME Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 DONZELOT.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LÉVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ
 FREY

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.
 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance.

Médecin de l'Hospice des Enfants assistés.

Qui a bien voulu me faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LEVESQUE.

Médecin de l'Hôpital Bretonneau.

Témoignage de respectueux attachement et de profonde reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de cette thèse, et pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage.

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

M. LE PROFESSEUR RATHÉRY

Externat.

M. LE DOCTEUR MOUCHET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ² GARNIER

M. LE DOCTEUR TZANCK

M. LE PROFESSEUR LABBÉ.

M. LE DOCTEUR MILIAN

M. LE DOCTEUR LEVESQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

INTRODUCTION

L'acrodynie est une des maladies d'enfants qui ont dans ces dernières années, suscité un très grand nombre de travaux et qui passionne encore les pédiâtres du monde entier.

De nature encore discutée, cette maladie possède un tableau clinique assez précis pour permettre de poser un diagnostic dans les formes typiques.

Notre but n'est donc pas de reprendre une fois de plus l'étude complète de l'acrodynie. La connaissance des symptômes objectifs précis nous semble par contre permettre l'étude des formes frustes dans lesquelles les symptômes classiques manquent, et dont le diagnostic sera fait par quelques stigmates précis.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'acrodynie caractérisé par des douleurs abdominales isolées, notre maître M. le Docteur J. LEVESQUE nous a conseillé d'étudier ces formes douloureuses abdominales de l'acrodynie.

C'est donc à l'étude de cette forme d'un diagnostic difficile, qu'est consacrée la première partie de notre travail. Nous aurons aussi l'occasion d'affirmer de nouveau l'importance diagnostique des stigmates vasculaires de la maladie.

D'autre part, ayant pu recueillir à la consultation

de l'Hôpital Bretonneau un nombre appréciable d'observation d'acrodynie, nous avons entrepris de faire l'étude des traitements nombreux dirigés contre cette maladie par les différents auteurs. Ceci nous permettra d'indiquer la méthode choisie de préférence par M. le Docteur LEVESQUE : celle des bains carbogazeux associés à la diathermie.

En résumé, le but de ce travail est d'une part l'étude d'une forme d'acrodynie de diagnostic difficile, d'autre part l'étude des différents traitements dirigés contre cette maladie.

Dans un court chapitre de début, nous rappellerons l'aspect clinique et le diagnostic de l'acrodynie en général.

.....

Nous tenons à remercier ici M. le Docteur Jean LEVESQUE qui nous a donné l'idée de cette thèse et aidé de ses précieux conseils.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET ETUDE CLINIQUE DE L'ACRODYNIE

C'est SELTER, en 1903, qui sous le nom de *Trophodermatose*, a décrit la première fois ce syndrome. On s'est demandé si, dès 1828 CHARDON n'avait pas décrit déjà sous le nom d'*acrodynie* une maladie semblable. Il observa à Paris une épidémie qui avait atteint en cinq mois 40.000 personnes pour la plupart des adultes, et dont le tableau clinique ressemble par certains points à l'acrodynie actuelle. Il est pourtant probable que la maladie de 1828 et l'acrodynie actuelle ne sont pas de la même nature.

En 1914, SWIFT, en Australie, décrit sous le nom de *Erythroedème* le même syndrome que SELTER et en rapporte 14 cas observés chez des nourrissons. Depuis 1914, la maladie a souvent été observée par des auteurs de tous les pays : par BILDERBACK en 1920 en Amérique, par PARKES WEBER en 1921 à Londres, par FEER en Suisse en 1922.

En France, c'est COMBY qui la fit connaître en 1922 sous le nom de *Erythroedème Australien*. En 1925,

Robert DEBRÉ et Mlle PETOT décrivent un cas qu'ils purent ranger plus tard dans le cadre de l'acrodynie.

D'autres observations ont été publiées en France par JANET, DAYRAS, PÉHU, MOURIQUAND, ROCAZ, WORINGER et NOBÉCOURT.

L'acrodynie atteint surtout les jeunes enfants. Sur 165 observations réunies par R. DEBRÉ et SERVEL DE COSMI, 143 concernent des enfants de moins de 4 ans, dont 80 ont de 6 mois à 2 ans. On l'a très exceptionnellement observée chez l'adulte.

La maladie survient surtout en hiver et au printemps. Les cas peuvent être isolés ou groupés, pouvant ainsi former des petits centres d'épidémie. La preuve de la contagiosité n'a cependant pas été faite.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici l'étiologie et la pathogénie, nous aurons l'occasion de le faire au chapitre du traitement.

ETUDE CLINIQUE. — Nous ne ferons que résumer le tableau clinique de la forme typique d'acrodynie.

Le début est long et insidieux; il est difficile de dire avec précision le moment où commence la maladie.

Les premiers en date sont les signes psychiques : l'enfant change de caractère, devient triste, grognon. La nuit il est agité. L'insomnie est un symptôme constant.

La fatigue est intense, la marche devient pénible.

Les douleurs : le plus souvent des fourmillements dans les extrémités. Nous verrons qu'on voit des

formes cliniques débiter par des *crises douloureuses épigastriques ou abdominales*.

L'anorexie est très marquée; l'enfant refuse toute nourriture.

La transpiration est encore un des signes majeurs de l'affection.

C'est probablement à la transpiration que sont dues les éruptions localisées ou généralisées qui souvent ont fait poser le diagnostic faux d'une maladie infectieuse éruptive quelconque.

On a quelquefois noté au début de la maladie une courte période fébrile, mais en général la fièvre, si elle existe, est peu élevée. Au bout de quelques semaines, le tableau se précise :

Les troubles psychiques s'accroissent : on voit alterner la dépression et l'excitation. On note même quelquefois des impulsions spéciales, telle que la coprophagie.

Le signe majeur à cette période est ce qu'on a appelé : *le syndrome acro-pathologique*.

Les extrémités : mains et pieds sont rouges, tuméfiées, froides et souvent couvertes de sueur. Les pores cutanés sont parfois dilatés et nettement visibles à la plante des pieds. Les extrémités sont le siège d'une douleur souvent très vive, pouvant survenir par crises paroxystiques, et qui est calmée par le contact d'objets froids.

Le prurit est intense.

Une desquamation peut être produite par la macération de la peau sous l'influence des sueurs.

La rougeur et la tuméfaction atteignent quelquefois le nez et les joues.

La muqueuse buccale, nasale et la conjonctive sont irritées. On peut voir des stomatites quelquefois importantes avec ulcérations profondes.

On a signalé des cas où les *Troubles trophiques* étaient d'une extrême gravité : chute des ongles, des dents, des cheveux, même carrie de l'os maxillaire et gangrène suivie de perte des doigts.

L'anorexie souvent inquiétante peut produire un véritable état de cachexie. La soif est vive.

L'hypotonie musculaire est souvent considérable. L'enfant prend et garde les positions les plus invraisemblables. On note souvent une hypersécrétion salivaire, nasale et lacrynale. Enfin nous insisterons sur deux signes majeurs qui sont presque la signature de la maladie :

a) *la Tachycardie* très marquée, 130-160 par minute, pouvant varier pendant la maladie, mais existant toujours malgré la température qui se maintient aux environs de la normale.

b) *l'augmentation de la pression artérielle*, signe capital par sa constance et dont la valeur diagnostique est accrue par le fait que l'hypertension chez l'enfant est un symptôme relativement rare. La pression sera souvent difficile à prendre chez un enfant agité; on ne saurait s'entourer de trop de précautions : il faudra profiter d'un moment où l'enfant ne crie pas, car la pression augmente au moment où l'enfant pousse un cri et s'abaisse au moment d'une forte inspiration. Il faudra faire la part de cette va-

riation, et se rappeler que le chiffre normal de la pression chez l'enfant est différent de celui de l'adulte et varie avec l'âge. La pression minima étant souvent très difficile à apprécier, on sera obligé de se contenter de la maxima : celle-ci se trouve dans le plus grand nombre d'acrodynies, entre 15 et 18 cm. de mercure. Elle peut descendre au cours de la maladie et remonter au moment des poussées évolutives de l'affection.

La minima est également augmentée.

La ponction lombaire montre un liquide normal dans lequel on n'a jamais pu identifier un germe spécifique.

La formule sanguine montre quelquefois un certain degré d'*hyperglobulie* qu'on a rattaché (FEER) à la diminution de l'eau dans le sang, à cause des sueurs profuses.

LES FORMES CLINIQUES. — Suivant la prédominance d'un certain ordre de symptômes on a pu décrire des :

Formes nerveuses. Les troubles psychiques peuvent être tellement marqués qu'ils semblent constituer toute la maladie.

Les formes myocloniques et convulsives sont plus rares.

Des formes paralytiques ont été décrites. L'hypotonie est ici très marquée : la marche est impossible, les membres pendent flasques, les réflexes tendineux sont abolis. C'est dans ces formes qu'on a pu penser à une poliomyélite.

Formes cutanées avec éruptions scarlatiniformes

ou morbiliformes pouvant faire songer à une maladie éruptive.

Formes à troubles trophiques graves : gangrène des doigts, gingivite gangréneuse avec chute des dents.

Formes frustes. — A l'heure actuelle, soit qu'il y ait réellement une modification dans la symptomatologie de l'acrodynie, soit que le diagnostic en soit posé plus fréquemment, de plus en plus on arrive à reconnaître des formes atténuées et frustes de cette maladie.

Certains signes peuvent manquer : ainsi les sueurs et l'hypotonie étaient complètement absentes dans un cas de M. PÉHU; le syndrome acro-pathologique, l'éruption et l'hypotonie faisaient défaut dans le cas de M. J. LEVESQUE que nous rapportons ici même. Pourtant ce dernier cas ne peut pas être considéré comme une forme fruste car il y eut des symptômes douloureux violents. Ainsi, c'est parmi les formes atypiques qu'il faut ranger ce cas.

Dans une observation de MOURIQUAND, il existait des troubles du caractère, de l'amaigrissement et des poussées thermiques dont on ne trouva pas la cause. Il n'y avait ni sueurs ni troubles trophiques, la rougeurs des extrémités était à peine accusée et discutable. Le diagnostic fut cependant posé à cause de la tachycardie qui dépassait 130 et de la pression artérielle qui était de 16/9.

Dans un cas de FEER il existait quelques troubles du caractère, de vagues signes méningés avec un liquide céphalo-rachidien normal. La tachycardie étant de 160 et la pression artérielle à 12, le diagnostic

d'acrodynie fut néanmoins posé et se confirma par la suite.

Nous reprendrons plus loin en détail la forme avec crises douloureuses, abdominales.

On s'est demandé s'il ne fallait pas élargir le cadre de l'acrodynie et y rattacher certains syndromes psychopathiques de la petite enfance. On ne peut à ce sujet faire plus que des hypothèses car il n'existe encore aucun critère biologique ou bactériologique de cette maladie. On ne peut ranger dans le cadre de l'acrodynie que les cas où on trouve au moins une partie des signes cliniques qu'on voit dans les cas typiques.

Nous avons vu par l'étude des formes frustes la grande importance diagnostique des signes cardiovasculaire; la tachycardie et surtout l'hypertension artérielle qui pour FEER est « le signe le plus constant de la maladie ». Ce sera donc sûr ces signes et ensuite sur les autres signes importants comme le syndrome acro-pathologique, la transpiration et l'insomnie que sera basé le diagnostic positif de l'acrodynie.

On conçoit que *le diagnostic différentiel* puisse se poser avec différentes affections, selon les signes qui sont les plus évidents dans un cas donné.

On ne confondra pas les *troubles psychiques* avec les troubles nerveux banaux causés par une éruption dentaire ou des vers intestinaux.

La confusion sera plus facile avec la *méningite tuberculeuse*; comme ici, on y trouve des troubles du caractère, de l'anorexie, de l'amaigrissement et nous

savons que les signes méningés ne sont pas rares dans l'acrodynie. La recherche des antécédents personnels et héréditaires, la cuti-réaction et surtout la ponction lombaire permettront d'éliminer cette affection fatale.

Les *psychoses infantiles* peuvent être aussi une séquelle d'encéphalite épidémique. On recherchera donc l'épisode initial qui a pu passer inaperçu et les signes fournis par la ponction lombaire.

Enfin on sait qu'au début de la *chorée* on peut voir des troubles psychiques pouvant ressembler à ceux de l'acrodynie. L'apparition des mouvements anormaux tranchera le diagnostic.

Les troubles généraux pourraient faire croire à une *grippe* surtout dans les formes d'acrodynie qui débutent par un syndrome infectieux.

L'amaigrissement rapide peut faire penser à la tuberculose.

Les symptômes cutanés peuvent simuler une *maladie éruptive* et notamment la *scarlatine* et la *rubéole*, mais l'absence de l'énanthème, la localisation de l'éruption et l'existence d'une transpiration profuse sont suffisamment caractéristiques pour permettre le diagnostic.

L'*acrocyanose* sera facilement éliminée. Plus difficile est le diagnostic avec les *engelures* mais ici l'érythème est plus foncé, la peau est indurée et il existe des crevasses.

Il faut signaler le diagnostic des formes gangréneuses avec la maladie de WEIR-MITCHELL.

Les troubles nerveux sensitifs et moteurs qu'on peut

voir surtout au début de l'acrodynie peuvent simuler une paraplégie ou une polynévrite. On pourra penser à une *paralysie diphtérique*, mais l'absence d'antécédents, l'absence d'autres paralysies, enfin l'ensemencement négatif permettront d'éliminer ce diagnostic.

Dans la *poliomyélite*, qui, elle aussi, peut s'accompagner de douleurs, les paralysies sont complètes et s'accompagnent de troubles électriques, les réflexes sont complètement abolis.

Enfin l'*encéphalite épidémique* diffère de l'acrodynie par bien des points : il n'y a dans l'acrodynie ni fièvre ni hypersomnie, ni troubles oculaires et les résultats de la ponction lombaire sont toujours négatifs.

A la période d'état le diagnostic est facile : malgré sa ressemblance avec l'arsenicisme, l'ergotisme, la pellagre, la distinction sera aisée dans les formes typiques.

CHAPITRE II.

FORME D'ACRODYNIE AVEC CRISES DOULOUREUSES ABDOMINALES TABETIFORMES

La forme que nous décrivons ne peut pas être qualifiée de forme fruste. Il ne s'agit pas en effet de signes atténués, mais de signes violents, accusés, quoique n'évoquant pas la forme classique de la maladie. Il s'agit donc d'une forme atypique.

Nous allons d'abord citer toutes les observations que nous avons pu réunir et qui se groupent en deux catégories :

a) les observations où les crises douloureuses sont isolées, sans le tableau clinique typique de l'acrodynie, et

b) les observations où les crises douloureuses, bien qu'accompagnées des signes classiques de la maladie, ont pris la première place.

Nous tacherons ensuite de préciser les caractères cliniques des crises douloureuses et nous essayerons enfin de montrer quelles erreurs de diagnostic on peut faire dans ces cas.

Nous commencerons donc par l'observation que notre maître, *M. le Docteur J. Levesque*, publia avec *M. Merry*, en novembre 1933, dans le *Bulletin de la société de pédiatrie* :

OBSERVATION I.

L'enfant Bruno L., âgé de 4 ans est pris, le 22 avril d'une fièvre élevée qui dure deux jours. Jusque là, fort bien portant et ayant notablement augmenté de poids, il subit ce jour même un changement progressif assez accentué, que l'on attribue à la fièvre des deux jours, dont il se serait mal guéri. Il est grognon, il refuse de jouer et reste assis ou couché dans un coin. Il perd du poids et lorsque l'on aura l'occasion, le 4 septembre de le peser on constatera qu'il a maigri en douze jours de 700 grammes.

Cependant, à ce moment on ne remarque aucun symptôme frappant. Il marche, il mange, et cet enfant part aux environs de Paris finir ses vacances.

Le 6 septembre subitement, il est pris de douleurs abdominales violentes avec un ou deux vomissements. La température reste à 37°8. Aucun phénomène intestinal n'apparaît. Mais d'autres symptômes viennent bientôt se joindre à ces douleurs abdominales : l'enfant est complètement *abattu*, il ne sort pas de son lit, il reste grognon et de temps à autre il est pris de colères violentes.

La température restera aux environs de 37°5-37°6 et pourtant, malgré cette faible température, il est pris de temps à autre de transpirations considérables qui obligent à changer ses vêtements et son oreiller.

Le 9 septembre il est pris de telles douleurs abdominales que l'un de nous est appelé dans l'après-midi. Nous constatons ce que la mère nous a rapporté : l'enfant est couché en chien-de-fusil dans son lit, il est triste, abattu. Il est cependant parfaitement lucide, répond aux questions. Son visage est triste. Nous notons de temps à autre ce que la mère nous a dit : l'enfant de temps en temps pousse un cri, se recroqueville sur lui-même, applique ses mains sur son ventre pour calmer une crise passagère de douleurs, comme il en a depuis quatre jours.

Nous examinons cet enfant et nous remarquons les choses suivantes : l'examen du ventre qui attire d'abord notre attention est absolument négatif. Le ventre est souple dans toutes ses parties. Pas de douleurs provoquées en aucun point. Le foie est normal, la rate n'est ni perceptible, ni palpable. Même il semble que l'enfant soit soulagé par la pression et par le léger massage que provoque l'examen.

L'enfant apparaît couvert de sueurs. D'autre part, on note les points suivants : les conjonctives sont rouges, injectées

de sang. Il présente une stomatite extrêmement nette : les lèvres et les gencives sont sèches, le voile du palais et les joues sont couverts de petits points rouges acuminés.

L'examen du système nerveux ne présente absolument aucun symptôme à noter, sauf une très légère raideur de la nuque, sans signe de Kernig. Les réflexes sont normaux, il n'y a pas de signe de Babinski. Aucune contracture n'existe, il y a même un degré notable d'hypotonie.

Lorsqu'on cherche à le faire marcher, l'enfant se tient debout mais il titube, il fait quelques pas et demande à ne plus continuer à marcher.

On remarque d'autre part, l'extrême maigreur de l'enfant qui a du encore maigrir depuis le 14 septembre et la mère note un dernier symptôme : l'enfant est atteint d'une soif intense et il ne cesse de demander à boire. L'appétit par contre est nul.

Nous sommes évidemment orientés vers l'existence d'une maladie à virus neurotrope. Nous avouons ne pas avoir pensé à ce moment à l'acrodynie et n'avoir pas pris la tension artérielle de cet enfant, l'appareil respiratoire et circulatoire étant absolument normaux, le pouls cependant est à 100.

Nous étions orientés plutôt, à cause de la légère raideur de la nuque, vers une forme atypique de polyomyélite, maladie qui régnait à ce moment, et dont nous avons vu de nombreux cas à l'hôpital.

En conséquence, nous demandons à la mère que si l'enfant n'est pas calmé dans la journée par quelques gouttes de laudanum et de belladone que nous prescrivons, elle l'amène à Paris pour un examen plus complet.

La journée du 10 septembre est la plus mauvaise de toutes. L'enfant ne cesse d'avoir des crises violentes, il se plaint toute la journée, il ne mange plus du tout et le 11 septembre au matin la mère l'amène à Paris où nous le voyons. C'est alors que frappés par le caractère solaire de ces crises douloureuses nous pensons à la possibilité d'une acrodynie atypique et ayant constaté exactement les mêmes symptômes qu'à notre premier examen, nous y ajoutons simplement la recherche de la pression artérielle qui nous donne, à notre avis, la clef du diagnostic. Cet enfant de quatre ans présente une tension artérielle de 15-9 avec de toutes petites oscillations.

Donc, bien qu'il n'y ait eu aucun syndrome acrodynique proprement dit, sauf peut-être une très légère rougeur avec

transpiration de la paume des mains, nous portons le diagnostic d'acrodynie, et nous prescrivons les deux médications suivantes : d'une part, trois bains carbo-gazeux artificiels avec 2 comprimés de Royat par baignoire d'enfant, en 24 heures et une séance quotidienne de diathermie que nous voudrions généralisée, et qu'en réalité on ne peut faire qu'abdominale. Cette diathermie fut réalisée par une séance quotidienne d'une demi-heure.

Dès le soir, la transpiration commença à apparaître. L'enfant souffrit moins souvent, les crises furent moins violentes et la nuit fut meilleure.

Dès le lendemain la tension artérielle était tombée à 13-8, le surlendemain la tension était à 12-8. En 8 jours l'enfant cessa de souffrir, obtint une tension de 10 1/2-6, reprit sa gaieté, reprit de l'appétit et sembla tellement amélioré qu'il put retourner à la campagne. Il se tenait debout une ou deux heures par jour, ne restait plus recroquevillé dans son lit, jouait, la stomatite était complètement disparue et les yeux n'étaient plus injectés. Retourné à la campagne, les bains carbo-gazeux furent continués 6 jours, l'enfant eut une très légère rechute vers le 20 sept. après cessation des bains : la pression qui était tombée à 9 remonta à ce moment à 11 pour retomber rapidement à 9 lorsque la reprise des bains fut faite.

Entre temps vers la fin de septembre, l'enfant contracta les oreillons, il les supporta parfaitement bien, sans aucune complication et sans fièvre élevée.

L'enfant a été revu par nous le 22 octobre en très bon état, ayant repris 1700 grammes, sa tension étant à 9 1/5 tous symptômes étant disparus sauf une certaine fatigue et un léger degré d'irritabilité.

Commentaire. — En somme, il s'agit d'une maladie ayant débuté nettement par un petit épisode fébrile de 2 jours et ayant ensuite évolué en deux phases : 1) du 22 août au 6 septembre, symptômes généraux : amaigrissement, troubles du caractère particulièrement nets; 2) à partir du 6 septembre apparition d'un épisode brutal dominé par l'existence de crises douloureuses abdominales tabéti-

formes avec stomatite, conjonctivite, transpiration abondante. Ce tableau clinique s'accompagne d'une hypertension à 15.

Cet état de courte durée cède au traitement que nous avons indiqué et petit à petit l'évolution se fait vers la guérison. Les symptômes s'atténuent tous en même temps, mais les premiers à disparaître sont les phénomènes douloureux.

OBSERVATION 2.

Rocaz : l'Acrodynie. Paris 1932.

Jacques D..., 2 ans et demi est amené à la consultation de l'hôpital des enfants parce qu'il souffre du ventre.

Enfant né à terme, après un accouchement normal, pesant 3 kgs à la naissance. Nourri au biberon, il n'a pas présenté de troubles gastro-intestinaux, a eu sa première dent à 7 mois et demi, a marché à 14 mois, n'a jamais été malade, a toujours vécu à la campagne.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, il a une sœur de 17 mois bien portante. On ne connaît pas dans son entourage, des cas d'encéphalomyélite.

Il y a quelques semaines, les parents se sont aperçus que l'enfant avait perdu l'appétit, le sommeil, l'usage de ses jambes. « Il fallait dit sa mère, le porter nuit et jour; il se tenait recroquevillé, ne pouvait pas rester debout ». En même temps, il devenait grognon, nerveux, criait et pleurait sans motif, s'agitait la nuit, somnolait le jour. Interrogé sur ses souffrances, il ne se plaignait que du ventre. Il ne présentait d'ailleurs aucun trouble digestif, n'accusait pas de céphalée et les parents n'avaient jamais remarqué de coryza.

Le médecin de la famille prescrivit avec un régime alimentaire sévère, des compresses chaudes sur le ventre. Mais l'enfant continua à souffrir du ventre et son état s'aggrava.

Il présenta une anorexie presque absolue et de l'insomnie, ne dormait qu'une ou deux heures la nuit. En revanche, il était somnolent dans la journée, son caractère changea de plus en plus, il devint très irritable, ne se trouvait bien

que tenu dans les bras, affaissé, en résolution musculaire complète. Il ne se plaignait jamais des mains ni des pieds et les parents ne remarquèrent aucune manifestation de douleur à ce niveau.

Pas de fièvre.

Quand cet enfant me fut présenté, je le trouvais gémissant et ce plaignant encore du ventre; mais à l'examen, le ventre est souple, indolore à la palpation, il présente ainsi que la partie antérieure du thorax une plaque de miliaire sudorale dont les limites correspondent à la zone d'application des compresses chaudes.

Au niveau des membres inférieurs on note une hypotonie musculaire marquée. Abolition totale des réflexes patellaires.

La démarche est pénible, incertaine, l'enfant peut faire quelques pas, mais s'arrête très vite, s'accroupit et reste alors immobile. Les différents appareils paraissent normaux, on note cependant un peu de tachycardie.

Les mains et les pieds sont de coloration normale. Pas de myoclonie.

Je prescrivis du gardénal et une quinzaine de jours plus tard, je revois cet enfant.

Son état s'est amélioré. Il est plus calme et dort mieux. Quand on ne le contrarie pas, il reste silencieux, inerte, mais dès qu'on veut l'examiner il crie, s'agite et pleure.

Peu à peu, l'état s'améliore et deux mois après le début de la maladie, le caractère est devenu normal, l'enfant marche correctement et sans fatigue.

Pendant toute la durée de l'affection, le malade n'a jamais accusé la moindre sensation anormale au niveau des extrémités.

Commentaire. — En résumé, nous voyons qu'il s'agit ici d'un enfant dont l'affection commença par des douleurs abdominales intermittentes, et qui par ailleurs ne présenta aucun symptôme digestif.

A part cela, il existait de l'anorexie, une transpiration abondante, des troubles du caractère et de l'hypotonie musculaire, mais pas la moindre trace

du syndrome acro-pathologique spécial de la maladie.

En face de ce tableau, ROCAZ fut le premier à se demander s'il ne s'agissait pas d'une forme fruste d'acrodynie. Si la mesure de la pression artérielle, ce signe important qui, à lui seul, peut permettre d'identifier les formes frustes d'acrodynie, manque dans cette observation, les petits signes accessoires sont néanmoins assez nombreux pour permettre de poser dans ce cas le diagnostic ferme d'acrodynie.

A ces deux observations nous joignons celle que nous avons pu suivre nous-même à la consultation de M. le docteur LEVESQUE :

OBSERVATION 3.

M. Pierre est un enfant de 2 ans et 1/2 qui est soigné à la consultation de l'hôpital Bretonneau depuis l'âge de 5 mois.

Cet enfant qui est un hérédo-syphilitique avait fait à l'âge de 14 mois une hémiplegie droite qui s'est améliorée progressivement après plusieurs séries de Sulfar, Bivatol et de frictions mercurielles. Tous ces traitements y compris le Sulfar ont toujours été parfaitement bien supportés.

Le 11 février 1935 on voit apparaître des douleurs abdominales. On arrête la série de Sulfar qui était en cours.

Le 18 février les douleurs continuent : l'enfant se plaint par moment de fortes douleurs abdominales qui surviennent par crises et durent une à deux minutes. L'anorexie est très marquée, l'enfant ne dort presque pas la nuit. Les réflexes sont normaux.

L'enfant se plaint de douleurs dans les pieds mais l'aspect des extrémités est tout à fait normal. L'examen est négatif tant au point de vue neurologique que du point de vue digestif. Température 37°5. On prend la tension artérielle et on trouve 14 1/2 de maxima. C'est alors qu'on pense à l'acrodynie et qu'on prescrit des bains carbo-gazeux.

Le 26 février. L'enfant est revu après 8 jours de traitement : il est beaucoup plus calme, mais l'anorexie et l'insomnie persistent. L'enfant souffre lorsqu'on lui touche les pieds.

La tension est descendue à 12. On fait continuer le traitement.

5 mars. La tension est à 11. Depuis trois jours le sommeil est revenu. L'enfant n'est plus grognon. Les douleurs dans les pieds ont complètement disparu.

12 mars. On assiste à une reprise de tous les symptômes : douleurs des pieds, anorexie, troubles du caractère, insomnie. La tension est remontée à 13. On prescrit une série de 12 séances de diathermie et on fait continuer les bains carbo-gazeux qu'on avait arrêté.

Le 8 mars, la tension est à 9 1/2, tous les autres symptômes se sont considérablement atténués mais l'enfant a encore de temps en temps des légères douleurs épigastriques. On continue le traitement. Depuis le 8 mars, l'amélioration s'est poursuivie progressivement, il n'y a plus eu de rechutes.

Commentaire. — L'intérêt de cette observation tient dans les circonstances d'apparition de la maladie. On sait que l'arsenic peut donner des troubles pouvant rappeler l'acrodynie. Cependant, dans notre observation, ce n'est certainement pas l'arsenic qui est en cause : 1) l'enfant avait subi des traitements arsenicaux précédemment sans jamais présenter de troubles; 2) malgré l'arrêt du traitement arsenical, l'enfant, après une période d'amélioration, refait une poussée. C'est la manière habituelle d'évoluer de l'acrodynie, qui n'aurait pas d'explication dans une intoxication arsenicale, alors que le traitement avait été définitivement arrêté un mois avant.

Ces trois observations sont les seules que nous ayons pu recueillir *d'acrodynie à forme abdominale pure*.

Elles nous ont incité à chercher dans la littérature si les douleurs abdominales qui sont le signe majeur dans les observations citées plus haut ne se retrouvaient pas avec un caractère assez intense dans d'autres observations pour justifier leur relation dans ce travail.

Nous trouvâmes en effet un assez grand nombre d'acrodynies classiques où on signalait des crises douloureuses abdominales.

Nous nous contenterons de citer ici celles dans lesquelles le syndrome douloureux est au premier plan.

OBSERVATION 4

(Feer : *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde*)

Enfant âgé de 3 ans 1/2. Rien de spécial à noter dans les antécédents.

Début il y a 3 semaines par fatigue intense et anorexie. Il n'y a pas de fièvre, le sommeil est agité. Depuis 14 jours l'enfant est au lit : de temps à autre il se plaint du ventre.

Quelquefois, des douleurs surviennent brusquement par crises : le malade pousse un cri et se recroqueville en pliant les cuisses sur le bassin.

Pas de vomissements ni de céphalée. Selles normales, une fois par jour.

A l'examen on trouve des signes typiques d'acrodynie : rougeur avec desquamation aux extrémités. Le nez est rouge et tuméfié.

Traité par massage et galvanisation du dos. Guérison complète au bout de 2 mois.

Commentaire. — Dans cette observation que nous résumons, FEER, qui fut un des premiers à décrire l'acrodynie n'eut pas l'attention attirée par les manifestations abdominales, mais par le reste du tableau qui était celui d'une acrodynie typique.

OBSERVATION 5

(*Deuber et Schweizerische med. Wochenschrift*, 1928)

L'enfant Alfred S., âgé de 7 ans, est entré dans le service le 1^{er} juin 1927 pour des crises douloureuses abdominales et pour des douleurs dans les membres inférieurs. Parents et frères bien portants.

Dans les premiers mois de la vie, gastro-entérite, à 5 ans appendicite perforée. A la fin de décembre 1926, l'enfant tombe malade de la grippe en même temps que la plupart des membres de sa famille.

Il y a 2 semaines environ, l'enfant est pris brusquement pendant qu'il jouait par des crampes douloureuses très marquées dans la région ombilicale. Ces douleurs durent une demie minute à une minute et se répètent dans la journée à des intervalles assez rapprochés. Dans les jours qui suivent, ces crises se reproduisent avec la même intensité mais dans la région épigastrique, sans aucun rapport horaire avec les repas. On ne note ni fièvre ni diarrhée. Entre les crises l'enfant se sent parfaitement bien.

Au bout de 3 jours, brusquement ces douleurs disparaissent comme par enchantement et sont remplacées par des douleurs dans les deux genoux. Ce sont des douleurs fugaces mais très intenses et qui surviennent alternativement des deux côtés. Les mouvements actifs et passifs ne sont modifiés ni pendant ni entre les douleurs. Les douleurs sont particulièrement vives la nuit et dans le genou gauche. On n'a jamais noté ni tuméfaction ni rougeur des articulations.

Peu à peu l'appétit diminue, la mère remarque également une modification dans l'état psychique de l'enfant.

A l'examen. — L'enfant est pâle, on ne trouve ni éruption ni desquamation. Pas de transpiration anormale. Les ganglions ne sont pas sensibles. Rhinopharynx normal. L'abdomen est souple, le foie et la rate sont normaux. Toutes les articulations sont libres, il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les réflexes rotuliens sont vifs. Tous les autres réflexes sont normaux. Cuti-réaction négative. Wassermann : négatif. Dans les premiers jours de son séjour à l'hôpital, la température est montée jusqu'à 37°5.

C'est la nuit surtout que surviennent des douleurs fréquentes dans la région épigastrique et dans les genoux. Pendant deux semaines, ces douleurs ne font qu'augmenter d'intensité et de fréquence. Au bout de 2 semaines, on note un

pouls de plus en plus rapide alors que la courbe de la température descend. Le pouls est à 140 alors que la température se maintient aux environs de 37°. La tension mesurée seulement à ce moment est de 13 1/2-5 1/2.

Successivement vont apparaître des signes nouveaux : une transpiration intense, une éruption maculeuse généralisée mais fugace, un gonflement des mains qui sont très rouges et prurigineuses.

L'enfant devient de plus en plus grognon et indifférent. L'insomnie va en s'accroissant. La soif est vive, il existe une sialorrhée intense. Les douleurs épigastriques et articulaires se produisent maintenant plus rarement. A ces douleurs viennent se joindre des douleurs en éclair dans les mains et surtout à l'extrémité des doigts. L'enfant voit ses douleurs diminuer s'il plonge ses mains dans de l'eau froide.

Au début de juillet la maladie semble avoir atteint son apogée : la tension est à 15-10 1/2, le pouls oscille entre 140 et 160, la température entre 37° et 37°5.

En juillet, l'enfant, après une période de constipation est brusquement pris de diarrhée. Il va à la selle jusqu'à dix fois dans la journée, les matières sont pâteuses et homogènes. On voit apparaître un prolapsus anal. Un examen du liquide gastrique après repas d'épreuve montre une acidité normale. Ac. chlorh. libre 26, acidité totale 62. Dans l'urine on trouve de temps à autre des traces de sucre, mais jamais d'albumine.

Bientôt le nez se tuméfie et devient violacé. En même temps, il y a une sécrétion nasale abondante. Peu de jours après apparaît une hémorragie sous-conjonctivale bilatérale puis une hémorragie palpébrale. Il y a en même temps un certain degré d'exophtalmie. Tout cet ensemble de signes réalise un tableau rappelant celui des fractures antérieures de la base du crâne. Le fond de l'œil est normal.

Tous ces signes oculaires disparaissent au bout de 14 jours.

A partir du mois d'août, tous les symptômes commencent à s'atténuer. Les sueurs disparaissent définitivement après une injection sous-cutanée de 1 1/2 milligramme d'atropine. Les mains resteront encore pendant un certain temps rouges, humides et froides, le nez reprend sa forme et sa couleur normale.

Les douleurs épigastriques et articulaires sont de plus en

plus rares, mais la douleur cuisante dans les mains persistera encore quelques semaines.

Du 20 août au 1^{er} septembre, la tension descend de 15-11 à 11-7, le pouls de 160 à 135. Le prolapsus a également disparu.

La guérison paraît complète le 10 septembre, l'appétit et le sommeil sont revenus, les mains sont normales, enfin les crises douloureuses ne se sont plus reproduites.

Commentaire. — La caractéristique de l'observation de DEUBER est le début d'une acrodynie typique par une période de plusieurs jours où les crises douloureuses abdominales étaient le seul symptôme. Le second point à noter est la coexistence de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

A retenir enfin que l'examen du liquide gastrique montrait une acidité normale.

OBSERVATION 6

*Mouriquand, Bernheim et Badinaud.
Société Médicale de Lyon, 12 juin 1934.*

G. Emilie, âgée de 9 ans, entre dans le service le 11 mai 1934, envoyée par le D^r BERNHEIM. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, l'enfant, née à terme, pesait 4 kilogrammes à la naissance. Nourrie au biberon, a marché à 22 mois, a eu la rougeole. Assez malade, elle souffrait du foie depuis quelques années.

L'enfant a toujours habité la campagne. Elle habite actuellement Saint-Rambert-d'Albon, dans un hameau proche du village. D'autres cas d'acrodynie n'ont pas été signalés dans le pays même, mais dans cette région d'Isère on en a observé, récemment.

L'affection actuelle a débuté il y a environ trois mois, en février 1934, par des signes généraux avec amaigrissement, une éruption généralisée et fut prise pour une rougeole, enfin des *douleurs abdominales*.

Ces douleurs abdominales ont occupé pendant presque deux mois le premier plan de la scène clinique. Elles sur-

venaient assez brusquement, sans horaire fixe, sous forme de coliques violentes. Ces phénomènes douloureux s'accompagnèrent pendant quelque temps de diarrhée, six à sept selles par jour, qui céda assez rapidement.

C'est dans l'ombre de ces douleurs abdominales que sont apparus les autres signes : prurit intense déterminant des lésions de grattage, douleurs au niveau des mains et des pieds, troubles psychiques.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une enfant de 9 ans, apyrétique, d'aspect assez robuste. Elle se cache sous ses couvertures. Mais l'interrogatoire est cependant assez facile, l'enfant paraît intelligente et répond bien aux questions posées. Elle se plaint de douleurs au niveau de son ventre et de ses extrémités et se gratte continuellement.

A l'examen : Sur l'abdomen, qui est souple et non douloureux, de nombreuses lésions de grattage. Aux membres supérieurs, aspect boudiné et succulent des extrémités digitales, épaississement de la peau, desquamation de type dyshidrose avec par endroits des ulcérations faites par la petite malade.

Aux pieds même aspect.

Le foie déborde nettement les fausses-côtes, gros et un peu douloureux. La rate n'est pas sentie. Rien à signaler aux poumons. Au cœur bruits et rythme normaux.

Le pouls régulier bat à 130.

La tension artérielle est de 14-10.

Tous les réflexes sont normaux. Les urines sont normales. L'enfant présente des crises fréquentes de sudation avec sialorrhée.

Une ponction lombaire pratiquée, a montré un liquide clair sans hypertension, contenant moins de 2 éléments par bande, 0,94 de sucre et 0,15 d'albumine.

Bordet-Wassermann : négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Une formule leucocytaire pratiquée, s'est révélée absolument normale.

Le nombre des éosinophiles n'est pas augmenté. On note par la suite :

Les douleurs et les troubles sudoraux et trophiques sont très intenses. En dehors des douleurs abdominales, qui paraissent maintenant un peu atténuées, l'enfant accuse un prurit extrêmement intense et violent : aux pieds, aux mains,

au niveau de la région anale. Elle se gratte continuellement et on a dû lui attacher les mains.

Elle présente de ce fait des lésions superficielles et un peu infectées au niveau de la région anale; on note l'existence d'un gros prolapsus rectal.

Tous ces troubles sont aggravés par de véritables crises de sudation survenant assez souvent surtout le soir; l'enfant transpire très abondamment, mouillant son drap. Elle salive également beaucoup. Les douleurs, le prurigo, la sudation sont très exagérés vers les 6-8 heures du soir, ou de véritables crises paroxystiques surviennent. La nuit l'enfant est beaucoup plus mal que le jour, à vrai dire intenable, l'insomnie ne cédant à peu près à aucun médicament. Le reste du temps l'enfant est plus tranquille, geignant continuellement et se cachant sous ses couvertures à demi-somnolente.

Depuis quelques jours les phénomènes d'excitation survenant la nuit sont très exagérés. L'insomnie est totale, ne cède à aucun somnifère. L'enfant présente des troubles psychiques, se montre désagréable et méchante avec son entourage, s'agitant et criant toute la nuit, et crachant à la figure de la veilleuse.

Les phénomènes psychiques augmentent : *coprophagie* : elle sort de son lit, reste sur son vase très longtemps, y retourne très souvent prend ses matières, s'en barbouille la figure les bras, l'abdomen et les mange. Introduit ses doigts profondément dans le rectum et le vagin et parfois (dans le vagin) cherche à y introduire son poing.

A l'heure actuelle : les douleurs abdominales ont complètement cessé. L'insomnie est un peu moins intense, mais pour reposer un peu, l'enfant doit absorber tous les soirs 4 grammes de chloral. Les troubles psychiques sont toujours aussi intenses, et les douleurs des extrémités, le prurit et les crises sudorales ont été fort peu modifiées par la thérapeutique.

Nous allons reprendre en détail les caractères communs que présentent les crises douloureuses de nos observations.

1) *Les douleurs* surviennent par crises, se répétant

5 à 20 fois dans la journée, sans horaire fixe et sans aucun rapport avec les repas.

2) *Les crises* sont de *courte durée* : une à deux minutes, parfois moins, ce sont quelquefois de véritables douleurs *en éclair*.

3) Leur intensité est très grande : l'enfant crie, il se plie en deux en fléchissant les cuisses sur le bassin : il se « recroqueville » (nous avons trouvé la même expression dans trois observations d'auteurs différents). Le visage de l'enfant donne l'impression d'une souffrance considérable.

4) Il est important de noter *l'absence complète de signes digestifs* : ni diarrhée, ni constipation, ni vomissements. Il est vrai que dans l'observation de DEUBER on a vu apparaître de la diarrhée à un moment donné, mais ce fut assez tard dans l'évolution de la maladie, alors que les douleurs qui avaient été le premier signe s'étaient beaucoup atténuées et avaient existé longtemps sans diarrhée.

5) A l'examen, on trouve un *ventre souple* et la pression ne révèle aucun point douloureux. Au contraire il semble que la pression forte atténue la souffrance de l'enfant.

6) Les réflexes abdominaux ne sont pas modifiés.

Le début brusque, la violence, la brièveté de ces crises et le fait qu'elles surviennent en dehors de tout autre trouble digestif rappellent en quelque sorte les crises gastriques et intestinaux du tabès, et justifient le nom de crises « tabétiformes » que leur donna notre maître, le D^r LEVESQUE.

On peut émettre l'hypothèse que ces crises sont en rapport avec une atteinte, de nature encore indéterminée du système nerveux végétatif, et les ranger parmi les crises abdominales sympathicotoniques ou crises solaires.

Les douleurs abdominales ne sont d'ailleurs pas les seuls témoins de l'hyperfonctionnement du sympathique : en dehors des différentes modalités de douleurs paroxystiques : dans les membres, articulations, doigts, tête, on peut ranger dans le même ordre de troubles : l'irritabilité des malades, l'insomnie, l'hypotonie, la tachycardie et l'hypertension artérielle. On a fait dans de nombreux cas l'épreuve de DANIELOPOLU qui montra une hyper-sympathicotomie nette (tonus sympathique 164 au lieu de 120 dans un cas de WEIL-HALLÉ).

A la suite de ces six observations qui, véritablement, sont des formes abdominales, soit pures, soit coexistant avec des signes d'acrodynie typique, il était intéressant de rechercher la fréquence des douleurs abdominales dans les formes classiques. Nous avons ainsi trouvé signalées dans plusieurs observations des douleurs abdominales : elles survenaient, soit comme premier signe (obs. de GAUD : Monde Médical, 1933), soit au decours de la maladie. Dans la plupart de ces observations on insiste peu sur l'évolution et sur le mode d'apparition de ces douleurs, mais il semble que le type de « crise solaire », tel que nous l'avons décrit plus haut, soit encore le plus fréquent.

Déjà, en 1922, dans son mémoire, FEER note la fréquence des douleurs abdominales dans l'acrodynie, même en dehors de tout trouble digestif. Il ne leur attribue aucune étiologie précise et se contente de les ranger dans le « domaine obscur des coliques ombilicales (Nabelkoliken) ».

WORINGER, dans le mémoire qu'il publia en 1926 dans la Revue Franç. de Pédiatrie, a également remarqué que « certains sujets se plaignent de maux de ventre que n'explique pas l'examen clinique ».

L'existence des douleurs abdominales est formellement notée par ROCAZ dans son excellente monographie sur l'acrodynie sans qu'il spécifie d'ailleurs leur fréquence, ni qu'il paraisse y attacher une importance primordiale.

Le nombre des observations où l'on signale des crises douloureuses est fatalement réduit par le fait que l'acrodynie survient surtout chez des enfants au-dessous de 4 ans qui n'expriment pas, ou expriment mal leurs sensations. Il est certain qu'étant prévenu et en dirigeant systématiquement l'enquête dans cette direction, comme nous avons pu le faire, on trouvera ce symptôme bien plus souvent.

Il nous faut toutefois noter que dans l'acrodynie on a décrit les troubles digestifs les plus divers : des douleurs abdominales survenant au milieu de ces troubles pourraient avoir une autre cause que l'atteinte du système nerveux; leur allure en sera d'ailleurs tout à fait différente s'il ne s'agit que de troubles digestifs banaux.

On a vu ainsi apparaître des vomissements surtout au début de la maladie. Malgré de nombreux examens on n'a encore jamais pu prouver l'existence d'une modification des sécrétions gastriques ou intestinales.

La diarrhée n'est pas très fréquente : sur 54 cas d'acrodynie, SELTER trouve *dans 7 cas* des selles fréquentes avec des matières dures, des selles pénibles avec ténésme, *dans 5 cas* diarrhée à consistance pâteuse ou liquide. Même en cas de diarrhée, dit SELTER, les selles restent homogènes sans glaires ou mucosités, il n'a jamais trouvé de signes de colite ou d'entérite.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DE LA FORME ABDOMINALE DE L'ACRODYNIE

On conçoit que le diagnostic de ses formes, notamment des formes abdominales pures, ne soit pas aisé surtout au début de la maladie quand tous les autres signes d'acrodynie font défaut.

On peut déjà soupçonner la nature sympathique de ces douleurs à cause de leur brièveté et de leur intensité qui rappelle les crises du tabès. Mais de toute façon on errera tant que l'on n'aura pas pensé à l'acrodynie et recherché les stigmates précis qui sont l'hypertension artérielle et la tachycardie.

Le plus souvent c'est à autre chose qu'on pensera.

1) les diagnostics vers lesquels on se portera tout d'abord sont les plus aisés à éliminer et nous n'insisterons pas sur la facilité avec laquelle on écartera l'idée d'une colite aiguë, d'une appendicite, d'une colique néphrétique; il n'y a ni diarrhée ni défense musculaire, ni point douloureux précis.

2) Il est évident que le diagnostic de vers intestinaux sera posé au moins par les parents. Tout est possible en matière de parasitose intestinale; on peut

dans ces cas, trouver des douleurs importantes mais qui n'ont pas le caractère de crises syncopales.

3) Il est par contre un groupe de troubles mécaniques, surtout intestinaux, qui seront beaucoup plus difficiles à éliminer. On y trouve en effet l'existence de crises douloureuses atroces, souvent syncopales, qui ne sont pas toujours accompagnées au début de signes objectifs précis. C'est ainsi qu'on pourra songer à des :

Crises coliques par coudure, étranglement interne, invagination, volvulus par défaut de coalescence ou par brides.

Crises duodénales par bride mésentérique.

Crises néphrétiques par hydronéphrose intermittente toujours méconnue et horriblement douloureuse, enfin *douleurs ulcéreuses* du diverticule de MECKEL.

Il y a cependant presque toujours dans ces cas quelques symptômes digestifs : vomissements, signes d'occlusion. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a ici un groupe de maladies difficiles à diagnostiquer et pour lesquelles on pourrait être amené à pratiquer des examens radiologiques surtout des lavements barrytés du gros intestin.

4) Un diagnostic qu'il faut soulever est celui de maladie de BOUILLAUD atypique à forme abdominale. On a en effet signalé des cas, où la douleur abdominale ou l'épigastralgie, dominant le tableau clinique avant toute manifestation articulaire. D'autres fois elles coïncident avec des douleurs articulaires discrètes. Cependant le rhumatisme articulaire aigu

se voit habituellement chez des enfants plus âgés, alors que l'acrodynie est plus fréquente entre 1 et 4 ans.

5) Nous en arrivons maintenant à des diagnostics plus proches de la maladie qui nous occupe : les affections douloureuses du système nerveux : compression de la moëlle par un *Mal de Pott* ou une *méningite chronique*. Ce diagnostic ne se pose que chez les grands enfants et sera fait par l'examen du système nerveux.

Nous avons noté dans une de nos observations le diagnostic possible avec l'intoxication arsénicale chez un enfant à qui on faisait des injections de sulfarsénol.

6) Enfin l'existence de ces crises douloureuses apparaissant d'une façon inopinée chez un enfant en l'absence de tout syndrome infectieux précis et s'accompagnant souvent d'hypotonie musculaire entraînant des troubles de la marche, diminution ou abolition des réflexes, oblige à poser la question du *tabes infantile*. C'est un diagnostic plus théorique que pratique; l'âge de l'acrodynie est surtout 1-4 ans; ce n'est pas l'âge du tabès infantile. De plus il semble bien, que le tabès infantile soit fruste, et qu'en particulier les crises douloureuses et les signes sensitifs d'une façon générale, manquent le plus souvent.

Enfin il est un dernier point sur lequel nous voudrions insister : si l'on arrive au diagnostic d'acrodynie en l'absence du syndrome acro-pathologique, c'est en somme à la suite de la constatation de signes vasculaires précis sur lesquels on ne saurait trop

insister : c'est-à-dire *l'hypertension artérielle* et la *tachycardie*. La question se pose donc de savoir si le seul fait de cette hypertension entraîne le diagnostic d'acrodynie.

Il est incontestable que la seule hypertension chez l'adulte, lorsqu'elle est paroxystique, peut entraîner des crises douloureuses abdominales analogues à celles de l'aortite abdominale; cette hypertension paroxystique lorsqu'elle est pure, étant le fait d'une tumeur de la surrenale, ou dans d'autre cas pouvant venir se greffer sur une hypertension permanente de nature indéterminée. Rien ne s'opposerait à ce que de pareils faits se rencontrent chez l'enfant, mais à notre connaissance il n'en a pas été fait mention jusqu'ici.

En somme la constatation d'une hypertension artérielle au cours de ces crises douloureuses doit avant tout faire penser à l'acrodynie.

Il est important de prendre la pression artérielle à plusieurs reprises et autant que possible en profitant d'un moment de calme de l'enfant dont les crises pourraient modifier les résultats.

Il est bien rare d'ailleurs, si encore cela existe, qu'il n'y ait pas en même temps un autre des petits signes d'acrodynie qui n'ait pas attiré déjà l'attention : les troubles psychiques si caractéristiques et si curieux, l'insomnie, la transpiration, les éruptions, l'hypotonie musculaire apparaissant au milieu de ce syndrome douloureux ne peuvent appartenir qu'à l'acrodynie.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE L'ACRODYNIE INFANTILE

De très nombreux traitements ont été proposés dans cette affection. C'était à prévoir, étant donné que l'accord n'est pas fait sur l'étiologie et la pathogénie de l'acrodynie.

Il est donc indispensable, avant de passer à la thérapeutique, de voir ce qu'on pense actuellement de la nature de cette maladie.

Nous n'insisterons pas sur *l'origine toxique* qu'on a voulu à un moment donné attribuer à l'acrodynie : tels que *l'ergotisme* ou *l'intoxication arsénicale*. Même s'il existe une certaine analogie entre le tableau de la maladie et celui de ces différentes intoxications, les observations modernes montrent qu'elles ne sont jamais en cause dans les acrodynies vraies.

Les auteurs qui font de l'acrodynie une *maladie par carence* sont encore très nombreux. Ainsi on a fait souvent un rapprochement entre cette maladie et la *pellagre* à cause de la coexistence des manifes-

tations cutanées et des troubles nerveux qu'on voit dans ces deux affections. Seulement les troubles nerveux de la pellagre sont très différents de ceux de l'acrodynie et de même son évolution en est très différente.

Si certains des petits malades atteints d'acrodynie ont été améliorés par l'institution d'un régime alimentaire riche en vitamines ou par des rayons ultra-violets, comme nous le verrons plus loin, on n'est pas forcé d'en conclure qu'on a agi sur la cause même de la maladie : chez ces malades anorexiques, souvent très difficiles à alimenter convenablement, la carence peut n'être qu'un phénomène secondaire.

D'autres auteurs ont pensé que la cause de la maladie était un trouble dans la sécrétion des glandes endocrines. On a mis en cause tour à tour : la thyroïde, la surrénale et le thymus, mais, ni les recherches histologiques, ni les études interférométriques ni les résultats obtenus par le traitement opothérapique n'ont permis de conclure dans ce sens.

Il faut distinguer les faits incontestables et les faits encore hypothétiques :

1) Tout le monde est d'accord pour dire que l'ensemble de la maladie est due à une « dystonie végétative » (ROCAZ). La majorité des symptômes de l'acrodynie doivent être attribués les uns à la vagotonie, les autres à la sympathicotonie.

A la vagotonie doivent être attribués : l'état d'asthénie du malade, l'hypersécrétion sudorale, les troubles circulatoires des extrémités, la sialorrhée; à la

sympathicotomie seront rattachés : l'irritabilité des malades, l'insomnie, l'hypertension artérielle, la tachycardie, l'hypotonie. Comme nous l'avons déjà dit nous croyons qu'on peut compter parmi les signes sympathiques les crises douloureuses abdominales décrites dans la première partie de ce travail.

FEER fut un des premiers à avoir pensé au rapport entre l'acrodynie et le système nerveux autonome, il décrivit d'ailleurs cette maladie comme une « névrose végétative ».

2) Mais on n'a pas la même sécurité si l'on aborde la question du substratum anatomique de ces troubles. TACO KUIPER (Pays-Bas) a pensé que c'est dans l'encéphale qu'il faut placer l'origine des troubles acrodyniques. Les examens histologiques qu'on a pu pratiquer jusqu'à présent n'ont pas montré de lésion caractéristique constante : on trouva bientôt des anomalies dans les nerfs périphériques, tantôt des lésions des ganglions nerveux ou de l'encéphale.

Il ne semble pas qu'il y ait une incertitude aussi grande en ce qui concerne la cause des lésions. La grande majorité des pédiâtres admettent l'origine infectieuse. MM. PÉHU et MESTRALLET écrivent, en conclusion d'un article sur l'acrodynie : « Dans l'état actuel de nos connaissances nous sommes autorisés à considérer l'acrodynie comme une maladie infectieuse. Vraisemblablement elle est causée par un virus neurotrope produisant des lésions diffuses du névraxe et lésant avec prédilection la région infundibulo-tubérienne (centre méso-céphalique et sympa-

thique). Elle doit être rangée dans le groupe présentement vaste des névraxites ».

Les examens histologiques de FRANCIONI et VIGI de Bologne, de KERNOHAN et KENNEDY paraissent confirmer cette hypothèse.

MÜLLER, dans un cas d'acrodynie, trouva une médulo-surrénale hypertrophiée avec des cellules chargées de chromaphine, signe d'un hyperfonctionnement du système sympathique.

En faveur de l'origine infectieuse, MARQUÉZY, puis DEBRÉ, mirent en évidence dans plusieurs cas une période fébrile au début de cette maladie dont la période d'état est généralement apyréthique.

En ce qui concerne la nature du virus qui engendre l'acrodynie, si on fait abstraction des résultats de VIPOND qui ne furent pas confirmés ultérieurement on ne sait encore rien de précis; cependant, comme dit ROCAZ, « on ne peut s'empêcher de le considérer comme très voisin de celui de l'encéphalo-myélite épidémique ».

Nous n'avons pas à choisir entre toutes les pathogénies proposées; cependant, il est suffisant de montrer que la maladie est dominée par des crises vasculaires d'origine vago-sympathique et ceci légitime tous les traitements qui viseront ce syndrome majeur.

Nous allons étudier les différents traitements dans l'ordre suivant :

- A) Traitement de chaque symptôme isolé;
- B) Traitement par les vitamines.

C) Traitement par les extraits glandulaires.

D) Traitement anti-infectieux.

E) Traitement du déséquilibre vago-sympathique et des troubles circulatoires.

A) *Traitement de chaque symptôme isolé.* — Dans cette maladie souvent très longue et pénible, on est obligé d'intervenir pour calmer les douleurs, pour rendre le sommeil aux malades, pour diminuer la transpiration et pour calmer leur agitation.

Contre l'*insomnie* on a donné du gardénal, du trional, du véronal et du bromure aux doses habituelles, mais souvent ce traitement échoue devant la ténacité de l'insomnie.

Pour les *douleurs* on a été souvent forcé de recourir à l'opium et à ses dérivés qu'on utilisera avec prudence.

Le *prurit* a été combattu d'après les indications de SWIFT, par une poudre composée de camphre, oxyde de zinc, amidon et acide borique. Wood recommande un badigeonnage quotidien sur les parties enflammées avec de la teinture d'iode.

En cas de *stomatite*, FOWLER et WOOD recommandent de badigeonner les gencives avec une solution d'acide chromique à 1 pour 100.

Enfin, contre la transpiration, FEER et DEUBER ont eu de bons résultats en donnant de l'atropine à haute dose.

En ce qui concerne le traitement hygiénique, Wood recommande d'habiller les enfants de vêtements de coton qui absorbent mieux la sueur que ceux de laine.

Les avis sont partagés sur la question de l'exposition au soleil des petits malades : si le traitement par les rayons ultra-violeta a donné de bons résultats à de nombreux auteurs, VERNON et BRATHWAITE pensent au contraire que l'acrodynie est due à une réaction anormale de la lumière du soleil, et ils prétendent améliorer leurs malades en les enfermant dans des chambres à fenêtres rouges qui filtrent les rayons solaires et empêchent les rayons ultra-violeta de passer.

B) Alimentation et traitement par les vitamines.

— Puisque certains auteurs considèrent l'acrodynie comme étant une maladie par carence, il faut donc s'occuper minutieusement du régime alimentaire, et certains auteurs disent qu'ils ont vu des guérisons après avoir simplement modifié le régime.

Ainsi, VAN WESTRIENEN aurait guéri trois malades par l'administration à haute dose de jus de tomates crues.

Voici une observation de Mme MALDAN-MASSOT (*bull. de la soc. de pédiatrie, nov. 1933*), où un malade fut très amélioré par les vitamines, et qui, d'après l'auteur, établit un rapport entre cette maladie et les avitaminoses :

OBSERVATION 7.

Il s'agit d'une enfant de 21 mois qui depuis 6 semaines présente de l'anorexie, changement du caractère, rougeur et gonflement des extrémités, tachycardie à 200. La pression artérielle n'a pas été prise. Jusqu'à l'âge de 21 mois cette enfant n'avait pris que du lait et rarement des bouillies :

elle suivait un régime pour « troubles hépatiques ». Jamais on ne lui avait donné ni jus de fruit, ni légumes verts, ni viande.

On prescrit un régime comportant des purées de légumes, du jus de viande, du *foie de veau frais* et presque cru et le jus d'un citron tous les jours.

Au bout de trois jours les parents affirment que l'amélioration est déjà **manifeste**. L'enfant a de l'appétit, elle est plus gaie, l'érythème diminue. vers le 8^e jour, on a adjoint à ce régime XX gouttes de *Vitadone* (vitamines A et D) et de l'extrait thyroïdien et surrénal, mais à ce moment la guérison est déjà en bonne voie. L'enfant marche de nouveau seule, dort tranquillement et mange avec plaisir.

Huit jours après, les extrémités sont redevenues normales, conjonctivite et rhinite ont disparu. Seule persiste la tachycardie.

FINDLAY et STERN pensèrent trouver dans le *foie cru* le traitement de l'acrodynie. Il réussirent à produire chez des jeunes rats, par un régime approprié, une affection se rapprochant de l'acrodynie infantile. Chez les rats malades ils eurent une grande amélioration par l'addition à leur régime de foie cru. Se basant sur ces résultats, *Wylie et Stern* essayèrent en 1930 le traitement par le foie chez quelques enfants atteints d'acrodynie. Voilà les résultats qu'ils publièrent.

OBSERVATION 8.

Petite fille de 17 mois : gonflement avec rougeur des membres, sueurs, tachycardie, tension à 110 mm., hypotonie.

On donne à l'enfant quotidiennement 60 grammes de foie cru haché et mélangé au lait. Au bout d'une semaine, l'hypotonie diminue, l'enfant peut s'asseoir dans son lit. Les troubles psychiques diminuent. L'éruption qui était généralisée disparaît, mais les mains gardent pendant quelques semaines encore leur couleur rouge foncé. L'enfant reste au traitement par le foie cru pendant six semaines encore et sort guérie.

OBSERVATION 9.

Petite fille de 7 mois, nourrie au sein, malade depuis 8 semaines : anorexie, irritabilité, sueurs profuses, érythème des extrémités, photophobie, amaigrissement. Les réflexes rotuliens sont absents.

On lui donne 30 grammes de foie cru pendant 5 jours et on constate une amélioration considérable. Au bout de 20 jours de ce traitement il ne reste plus qu'une légère hypotonie et un peu de cyanose des extrémités.

OBSERVATION 10.

Fillette de 5 ans et 10 mois chez qui le début de la maladie remonte à 3 semaines environ. Tous les signes importants d'acrodynie existent. Au bout de 14 jours de traitement (soupe au foie cru, 250 grammes par jour). Le sommeil revient, les troubles psychiques s'atténuent et l'érythème des extrémités pâlit.

Au bout d'un mois, la guérison est complète.

Les mêmes auteurs citent encore 2 autres observations de guérison par le même traitement. Ils ajoutent que dans aucun de ces cas ils n'ont vu s'améliorer la maladie si on ajoute au régime des substances contenant l'une des vitamines A, B, C ou D.

Des auteurs australiens ont eu des bons résultats en donnant à leurs malades des pommes de terre bouillies qu'ils font manger avec la peau, car ils pensent que c'est dans la couche toute superficielle du tubercule que se trouve le principe actif.

Pichon et *Gembessedes* publient un cas dans lequel ils obtinrent un bon résultat par ce traitement.

OBSERVATION 11.

Il s'agit d'un enfant âgé de seize mois, malade depuis environ deux mois. Le diagnostic, hésitant au début, fut confirmé par la suite.

Le traitement institué fut le suivant :

1) Pendant les 4 premiers jours, injections de *Cacodylate de soude*.

2) *Acétylcholine* qu'on fait en injections sous-cutanées tous les jours, pendant 12 jours. On commence par 2 cgr. puis on monte à 5 cgr. pendant 3 jours, puis on redescend à 2 cgr.

3) Sulfate de strychnine, 1/2 mgr. pendant 4 jours.

4) 13 séances de Rayons Ultra-Violets pendant un mois.

Ces divers traitements ne semblent pas agir.

Au bout d'un mois on les arrête pour essayer un nouveau traitement actuellement très en vogue en Australie :

On fait préparer chaque jour des pommes de terre soigneusement lavées, et on les donne bouillies et avec la peau, de façon à être sûr de faire ingérer la couche superficielle qui souvent, quand on la pèle, s'en va avec la peau.

Sur le témoignage de toutes les personnes de son entourage, c'est à partir de ce moment que l'enfant assez rapidement put s'asseoir, puis se lever, et reprit de l'intérêt pour le monde extérieur. Quinze jours après le début de ce traitement on rendit l'enfant guéri à ses parents.

Malgré tous ces beaux résultats il est difficile de conclure en faveur de l'origine alimentaire de l'acrodynie, toutes les observations que nous venons de citer n'ont pas d'ailleurs la même valeur. L'acrodynie est une maladie qui guérit d'elle-même, et il ne faut accepter comme preuve de la valeur d'un traitement qu'une amélioration immédiate et la guérison rapide.

Ensuite, à côté de ces observations où on a pu invoquer une carence alimentaire, il faut retenir que l'acrodynie éclate chez un très grand nombre d'enfants très normalement alimentés et ne présentant aucun signe de carence. Il ne s'en suit pas d'ailleurs que l'avitanimose ne joue pas un certain rôle dans certains cas : chez un enfant infecté et anorexique,

les carences peuvent ajouter leur influence et exiger un traitement spécifique. Il ne faut donc pas négliger l'alimentation : on s'efforcera de faire prendre aux malades de petites quantités d'aliments utiles : foie de veau, fromage, beurre, viande crue, etc.

C) *Traitement par les extraits glandulaires.* — Plusieurs auteurs eurent l'attention attirée par l'analogie qui existe entre certains symptômes de l'acrodynie : gonflement, sueurs, tachycardie, et certains troubles d'origine glandulaire. Se basant sur cette analogie et sur le fait que souvent le métabolisme basal peut être modifié au cours de la maladie, ils mirent en œuvre différents traitements opothérapiques.

Ainsi SWIFT a recommandé de petites doses d'extrait thyroïdien, sans grand résultat.

D'après d'autres auteurs, le thyroïde serait même contre indiquée et WEITPREICHT et BOHU ont essayé l'antithyroxine, sans plus de succès d'ailleurs. SWEET prétend avoir eu de bons résultats avec des extraits de thymus.

On essaya également l'extrait surrénal (voir obs. de PICHON) et l'adrénaline.

Voici un cas de *L. Morquio* (*Archivos de Pédatria, del Uruguay*, 1932) où l'adrénaline semble avoir donné de bons résultats.

OBSERVATION 12.

Il s'agit d'un garçon de 5 ans dont la maladie a débuté il y a 15 jours. On trouve à l'examen : des troubles psychiques, une transpiration intense, du tremblement et une abolition

des réflexes rotuliens. Le syndrome acro-pathologique est au complet. La température est à 37°5 avec une tachycardie de 130 et une pression artérielle à 17 1/2-6.

On prescrit V gouttes de la solution d'adrénaline à 1 pour 1000 par jour et des rayons ultra-violets.

Après 8 jours de traitement, la transpiration a disparu, le pouls bat à 120.

Après 15 jours on double la dose d'Adrénaline et on continue les rayons. Il y a une tendance nette d'amélioration.

Au bout de 3 semaines de traitement l'enfant se lève. Il est revu après six semaines, la tension est de 11 1/2-6, mais la tachycardie persiste.

Dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, il est difficile de savoir si c'est le traitement qui agit ou si on assiste à l'évolution spontanée de la maladie. Si il y a eu amélioration, est-elle due aux Rayons U.-V. ou à l'adrénaline ? De toutes façons, nous croyons qu'il faut être très prudent en maniant l'adrénaline dans une maladie où il existe presque toujours une forte hypertension.

Voici deux autres observations de *Nobécourt et Pichon* (*bull. soc. pédiatrie*, 1927) où on emploie de l'extrait de surrénale.

OBSERVATION 13.

Après 4 mois de maladie : crises paroxystiques atroces dans les membres, chez un enfant de 7 ans, on institue le traitement suivant :

0 gr. 30 d'extrait surrénal « per os » et 0 gr. 10 de gardénal par jour. On obtient une courte et trompeuse accalmie et les accès reparaissent après 10 jours.

On renonce au gardénal et on donne l'extrait surrénal en injections. Le résultat est nul. Après un mois on renonce au traitement.

OBSERVATION 14.

Enfant de 15 mois, malade depuis 1 mois et 1/2.

On fait 6 injections d'extrait de surrénale Choay de 0 gr. 05, une tous les 2-3 jours. Dès la 3^e injection on note une amélioration rapide de tous les symptômes, mais l'amaigrissement continue.

Au bout de 3 semaines : rechute. On donne alors une 1/2 cuillère à café surrenali-sol (0 gr. 15 d'extrait surrénal) chaque jour par périodes de 5 jours alternant avec des périodes égales de repos.

Amélioration progressive et guérison dans le 4^e mois de maladie après un mois de traitement.

De ces quelques observations, nous pouvons donc conclure que, malgré les quelques bons résultats qu'on obtint par le traitement opothérapique, ce traitement est resté souvent inefficace (cas de PICHON, 1^{re} obs. de NOBÉCOURT). Par ailleurs, il est à remarquer que dans aucune de ces observations le traitement opothérapique n'a été employé seul : presque toujours on a donné en même temps des toniques, des calmants ou un autre traitement.

D) *Traitement anti-infectieux.* — En 1925, dans le « *American Journal for diseases of Children* » RODDA publie une statistique portant sur 17 cas d'acrodynie. Il put constater que tous les enfants étaient porteurs soit de végétations adénoïdiennes, soit d'amygdales hypertrophiées et infectées et le plus souvent des deux ensemble. Il observa que les enfants qui étaient opérés en pleine maladie, faisaient une maladie bien plus courte que les autres qui guérissent spontanément, mais au bout de 5-6 mois en moyenne. Les enfants qu'il n'opéra pas, ne furent

pas améliorés par les vitamines qu'on leur donna sous forme de jus d'oranges, huile de foie de morue et levures.

A la suite de ces observations, l'auteur pense que l'acrodynie est produite par une infection à point de départ rhinopharyngien et conseille l'ablation systématique des amygdales et des végétations au cours de la maladie.

En pensant également à une étiologie infectieuse, VIPOND, de Montréal, prépara en 1922 un vaccin avec lequel il eut deux beaux résultats. Malheureusement, l'efficacité de ce traitement ne s'est pas confirmée depuis, et aujourd'hui cette thérapeutique est complètement abandonnée.

VIPOND prépare son vaccin en ensemençant sur du sérum humain un minime fragment d'un ganglion enflammé. Il obtient des colonies d'un diplocoque à Gram positif. C'est avec ces colonies qu'il prépare un vaccin qui contient 500 millions de microbes par centimètre cube.

Il essaya son vaccin simultanément sur deux enfants de même âge atteints d'acrodynie et malades depuis 3-4 mois. Il fit à chacun une première dose de 1 cm³ de vaccin par voie sous-cutanée. Au bout de 3 jours, il observa une grande amélioration. Il leur refait une injection de 1 1/2 cm³ du même vaccin et au bout de 3 jours les mains et les jambes reprennent leur aspect normal. Après 3 doses de vaccin, l'un des malades est pratiquement guéri et l'autre considérablement amélioré a pris 1 kg. de poids en deux semaines.

OBSERVATION 15.

Tebbe en 1926 dans *Archiv für Kinderheilkunde* publia un cas d'acrodynie survenant 7 jours après la vaccination antivariolique. Le début fut contrairement à la majorité des cas, très brusque, les symptômes étaient au complet. Le traitement par l'atropine reste sans aucun résultat et on n'arrive à faire dormir le malade que par du Luminal.

Le 25 février, après 2 mois de maladie, l'enfant reçoit par voie intraveineuse 0,005 gr. de Trypaflavine diluée dans 2 cm.² d'eau distillée. On observe une recrudescence de tous les symptômes, le premier jour.

Le 27 février on fait de nouveau 0,012 gr. de Trypaflavine et à partir de ce moment l'état s'améliore rapidement et l'enfant peut sortir de l'hôpital le 1^{er} mars.

Dans ce cas, la guérison paraît bien en rapport avec le traitement, mais les cas de succès par cette thérapeutique sont restés exceptionnels.

En somme, de tous ces traitements, ce qu'il faut retenir, c'est qu'à côté de certains succès, les mêmes auteurs n'obtiennent aucun résultat dans des cas analogues. Il est d'ailleurs indiscutable que l'ensemble de la symptomatologie et leur gravité viennent de l'intensité des troubles végétatifs et vasculaires. Nous allons donc aborder maintenant l'étude des thérapeutiques qui visent la correction des uns et des autres de ces troubles. Notons que ce sont les auteurs français qui se sont surtout intéressés à cette sorte de traitement que de plus en plus on semble s'en tenir aux quelques traitements que nous allons passer en revue.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DU DESEQUILIBRE VAGO-SYMPATHIQUE

C'est d'après tout ce que nous avons vu dans les chapitres précédents le traitement « a priori » le plus logique : en agissant sur le système nerveux végétatif il tend à améliorer les troubles circulatoires dus au déséquilibre vago-sympathique. C'est en effet dans ce chapitre que nous verrons les traitements qui jusqu'à présent ont donné les résultats les plus intéressants.

Encouragés par les résultats obtenus par le Prof. LEREBoullet avec l'acétylcholine dans un cas d'acrocyanose, LELONG et ODINET ont pour la première fois en 1929, employé ce médicament dans l'acrodynergie. Ils publièrent dans le *Bulletin de la Soc. de Péd.* de janvier 1930, l'observation d'un enfant de 7 mois et demi dont la maladie a débuté par un changement de caractère, anorexie, et transpiration intense. Peu de temps après, apparaît la rougeur et la tuméfaction des extrémités.

Une dizaine de jours après l'apparition des premiers signes de la maladie, on institue un traitement par l'acétylcholine : l'enfant reçoit le premier jour

une injection intra-musculaire de 1 cgr. Dès la première injection on note une amélioration nette des symptômes : dans l'après-midi l'enfant repose un peu; la nuit est plus calme, les cris disparaissent. Les jours suivants on continue le traitement à la dose de 2 cgr. par jour : l'enfant reçoit ainsi une dose totale de 11 cgr d'acécholine. L'amélioration se poursuit avec une extrême rapidité.

Dès le 7 décembre (13 jours après son entrée) on constate la disparition complète du gonflement et des taches érythémateuses; la palpation des pieds et des mains n'est plus douloureuse.

Le 9 décembre, on cesse tout traitement.

Le 17 décembre, les douleurs n'ont plus reparu, l'enfant dort normalement et reprend du poids d'une façon régulière. Il n'y a pas eu de desquamation des extrémités. La guérison se poursuit normalement.

Cette observation n'est pas isolée : de nombreuses autres vinrent confirmer l'efficacité de ce traitement.

OBSERVATION 16. (résumé).

(Nobécourt et Kaplan. *Bul. Soc. Péd.* Mars 1930).

Il s'agit d'un cas d'acrodynie typique : il y a association de troubles psychiques, hypotonie, sueurs, cyanose et gonflement des extrémités avec menace de gangrène. La maladie évoluait depuis 6 mois sans qu'on pût faire un diagnostic et ce n'est que l'apparition tardive des troubles des extrémités qui fit penser à l'acrodynie. L'enfant avait été soigné avec des Rayons Ultra-Violets et de l'opocalcium irradié car on avait pensé au rachitisme. A la suite de ce traitement l'amélioration fut sensible, mais de courte durée.

Une fois le diagnostic posé, on commence une nouvelle série de Rayons U.-V. Pendant le traitement on voit apparaître au niveau du petit orteil droit une plaque violette,

très froide paraissant insensible et faisant craindre l'imminence d'une gangrène. Sur ce : on institue un traitement par l'acétylcholine. On fait 8 injections de trois centigrammes et on fait en même temps de l'air chaud. Au bout de quelques jours la plaque violacée disparaît et on ne voit plus apparaître d'autre phénomène de gangrène.

Dorénavant l'enfant continue à s'améliorer sous l'action des rayons ultra-violets.

Le Prof. Lereboullet (Gazette des Hôp. 1932) signale le cas d'un enfant de 2 mois traité précocement par l'acétylcholine (2 centigrammes par jour). A la suite du traitement on note une amélioration rapide et remarquable : les troubles psychiques diminuent, le sommeil revient et le poids augmente.

Particulièrement intéressante est l'observation de *Mourrut (Bul. Soc. Péd., juin 1934).*

OBSERVATION 17 (résumé)

Il s'agit d'un enfant de 28 mois, chez qui la maladie a commencé 2-3 mois avant le début du traitement. L'enfant présente tous les signes importants de l'acrodynie : hypotonie, transpiration abondante; le syndrome acro-pathologique est au complet : les douleurs dans les extrémités surviennent par crises courtes mais d'une violence extrême se répétant jusqu'à 10 fois dans la journée. Tachycardie à 170; la tension n'a pas été mesurée. Pas de fièvre.

Des injections d'acétylcholine sont prescrites au rythme d'une injection tous les deux jours : 5 centigrammes par injection. Dès le lendemain, l'amélioration est manifeste : les sueurs ont diminué, le sommeil et l'appétit reviennent. Le 16 décembre (14 jours après le début du traitement) après 6 piqûres, c'est une transformation : l'enfant a repris ses jeux, il urine abondamment, ne réclame plus à boire et les crises sudorales ont complètement disparu. Les pieds ont repris une coloration presque normale, les mains restent infiltrées mais moins cyanosées. Le cœur bat à 148.

Une série de Rayons ultra-violets est alors commencée, tandis que les parents interrompent les injections d'acétyl-

choline du 15 au 25 décembre par suite de circonstances matérielles.

Dès le 20 décembre, les sueurs reparaissent en plusieurs crises localisées surtout autour des ailes du nez. L'agitation reprend, les nuits deviennent mauvaises.

Les piqûres sont reprises le 23 décembre et à la troisième les sueurs ont à nouveau complètement disparu. Dès lors la guérison a été rapide. Il est survenue une légère desquamation des mains, plus marquée autour des ongles.

Le 13 janvier 1934, après 18 injections d'acétylcholine à 0 gr. 05, on peut considérer la guérison comme complète. L'enfant a repris plus de 800 gr., il joue, ne souffre plus, l'état local est parfait. Seule persiste une légère tachycardie qui disparaîtra par la suite.

En juin 1934, la guérison s'est maintenue complète et sans séquelles.

L'intérêt de cette observation, conclut l'auteur, réside entièrement dans l'action manifestement très heureuse de l'acétylcholine.

L'effet du médicament est particulièrement mis en évidence dans ce cas. En effet, après une amélioration rapide, sa cessation pendant 8 jours a suffi pour provoquer une recrudescence très nette des principaux symptômes, alors que la reprise des piqûres a rapidement remis tout en ordre.

Comme il est habituel, le résultat a été particulièrement net sur les crises sudorales, mais la régression de l'érythrœdème a aussi été rapide et la durée totale de l'affection paraît avoir été écourtée.

Tout dernièrement, MM. WEILL-HALLÉ et KLOTZ ont fait de très intéressantes recherches sur l'action de l'acétylcholine dans l'acrodynie (*Bull. Soc. Péd., juillet 1934*). Ils étudièrent complètement l'état de la

circulation dans cette maladie, avant et après le traitement.

En ce qui concerne la circulation capillaire périphérique on ne nota au niveau des doigts aucune anomalie anatomique des capillaires, mais on observe à la capillaroscopie que leur état fonctionnel est perturbé; le nombre des anses visibles est plus grand que normalement, il y a de la stase sanguine dans ces anses, dont le fond est dilaté. En somme, image voisine de celle qu'on observe dans l'acrocyanose.

Quant à la circulation artérielle, on note à un premier examen une *hypertension de l'artère rétinienne* notable, puisque la minima atteignait le chiffre considérable de 55 à 60 mm. En période de guérison on trouva une pression rétinienne normale : 35-40 mm.

L'étude oscillométrique à la période d'état montre de petites oscillations : 1 au bras et 2 à la jambe. Après l'épreuve au bain chaud, au lieu de constater l'élargissement et l'élévation de la courbe, on eut une réaction paradoxale : l'indice augmente à peine au bras droit, diminue au bras gauche et aux jambes. Le système vaso-moteur est donc très perturbé.

En période d'amélioration, l'indice oscillométrique, tout en restant au-dessous de la normale, est plus grand qu'à l'examen précédent : 2 divisions au bras gauche, 1 $\frac{1}{2}$ au bras droit, mais après un bain chaud, il y a élévation notable des courbes.

Après guérison complète, l'aspect des courbes est normal : 2 à l'avant-bras droit, 4 au bras gauche et

6 à la jambe droite. Après bain chaud l'indice augmente, après bain froid il diminue.

On étudie ensuite l'action de l'acétylcholine sur les courbes oscillométriques : avant de commencer le traitement par l'acétylcholine, on injecte 0 gr. 03 de cette substance dans les veines du malades.

15 minutes après : écrasement de la courbe traduisant, sans doute comme pour l'épreuve du bain chaud, une réaction paradoxale. On fait cependant le même jour 0 gr. 10 d'acétylcholine en injection sous-cutanée, puis une deuxième le lendemain matin. Après ces 3 injections (0 gr. 23 en 24 heures), on reprend l'indice osc. et on a l'étonnement de constater une élévation considérable de la courbe qui atteint 2 divisions du Pachon. « Il est exceptionnel, disent les auteurs, d'obtenir avec l'acétylcholine une augmentation aussi considérable, mais tout en gardant quelque scepticisme, nous devons constater le fait. En tout cas, cette constatation nous encouragea à continuer le traitement. »

Incontestablement donc, l'acétylcholine est un traitement de choix à retenir dans l'acrodynie. Sans doute il y a des échecs; nous en avons eu nous-même un certain nombre. Mais ces échecs ne doivent pas nous faire oublier que le mécanisme neurovégétatif et vasculaire est complexe, qu'on ne sait pas où se trouve la lésion qui est le point de départ de ces troubles et que, par conséquent, on a besoin de plusieurs médicaments, pour obtenir le même résultat par plusieurs moyens.

Un autre traitement qui vise également les troubles neuro-végétatifs de l'acrodynie est l'irradiation par les rayons ultra-violets. Ce traitement fut préconisé par SWEET dès 1925.

En 1929, dans le *Bulletin de la Soc. de Péd.*, M. BRINET rapporte l'observation suivante que nous résumons :

OBSERVATION 18

Acrodynie typique chez un enfant de 19 mois. Le traitement fut institué environ 1 mois après l'apparition des premiers symptômes. Il consiste en irradiations générales à 1 mètre, tous les deux jours. Au début 1 minute sur la face ventrale et autant sur la face dorsale. On augmente rapidement le temps d'irradiation à 3 puis à 6 minutes, pour arriver à 20 minutes à la 8^e séance.

Dès la 7^e séance les mains sont très améliorées. A la 10^e séance elles sont guéries.

A la 11^e séance les pieds sont fortement améliorés, l'enfant commence à marcher. Le pied droit présente au toucher une température normale alors que le gauche reste encore froid. La température de ce dernier ne devient normale qu'après la 16^e séance.

Au bout d'un mois de traitement, l'enfant est complètement guéri.

Voici en résumé deux autres observations de DUHEM et HUAUT (*Bull. Soc. péd., Nov. 1934*).

OBSERVATION 19

Il s'agit d'une enfant de 3 ans qui se présente avant tout comme une paraplégique, mais l'examen électrique ne montra qu'une légère atteinte des muscles des membres inférieurs. On pensa d'abord à une paralysie diphtérique et ce n'est que par la suite qu'on pensa à l'acrodynie, après la découverte d'une tachycardie marquée de troubles psychiques et du syndrome acro-pathologique. En ce qui concerne le traitement voilà ce que disent les auteurs :

« Au point de vue traitement, l'essentiel a été constitué par deux séries de rayons U.-V. institués suivant notre méthode habituelle du service : séances progressivement croissantes de 4 minutes à 20 minutes tous les 2 jours, chaque série étant de 16 séances. L'enfant avait subi, d'autre part, quelques injections intra-musculaires d'acéchole, et de plus devant des phénomènes d'hypotonie musculaire dans son cas nous avons complété l'action des rayons ultra-violets par un traitement diathermique (15 séances environ). De plus, d'après une méthode que nous suivons depuis plusieurs années dans notre service, pour tous les cas où des phénomènes d'ordre endocrino-sympathique paraissent mis en jeu, nous avons étudié chez cette enfant les réflexes neuro-végétatifs et leur modification par l'irradiation aux ultra-violets. Nous avons trouvé dans le cas présent des variations nettes : 14 pour le réflexe O-C, 20 pour l'épreuve cardiaque à l'adrénaline (les deux choses correspondant à des irradiations de courte durée). Ces faits nous montraient un système neuro-végétatif réagissant bien à l'irradiation actinique, et en même temps qu'ils nous permettaient de pouvoir prévoir en une certaine mesure de bons résultats pour la cure aux ultra-violets, ils nous incitaient, si besoin en était, à renforcer cette réaction neuro-endocrinienne par des injections pharmacodynamiques adjuvantes (nous aurions alors de préférence employé la génésérine) pour produire en même temps un effet local luttant contre les troubles trophiques. Dans son ensemble, le traitement ainsi conduit fut poursuivi du milieu de décembre 1933 au début de février 1934.

Les résultats en furent franchement et rapidement satisfaisants. Dès les premières semaines, l'hypotonie musculaire diminua considérablement, le psychisme s'éveille d'une façon très normale, l'état général se relève et les mouvements actifs des membres inférieurs reparaissent assez vite. Ils deviennent à peu près normaux vers la fin de janvier. »

OBSERVATION 20

La deuxième observation concerne un malade de 3 ans ayant une acrodynie bien établie qui se caractérisait par : des troubles trophiques importants, prostration et surtout une indifférence posturale à peu près complète et une hypotonie franche.

« Cette enfant montrait aussi de grosses réactions neuro-

végétatives aux U.-V. Notamment à l'épreuve à l'adrénaline (3/4 moy.) dans la première séance de son traitement.

Le traitement commencé vers le 10 novembre a duré jusqu'à la fin décembre. Dès le début on note une amélioration manifeste qui porte d'abord et d'une façon particulièrement sensible dans le cas de ce petit malade sur *l'éveil psychique* et la *tonicité*. Nous nous rappelons nettement que cet enfant qui paraissait inerte et absent commençait dès la 6^e-8^e séance du traitement à s'intéresser aux objets extérieurs et même à crayonner sur une feuille de papier.

Ici encore, les troubles trophiques ne commencèrent à s'amender que nettement après la tonicité et l'éveil psychique. Vers la fin de décembre néanmoins, cette amélioration était déjà très notable ».

Les auteurs donnent encore 3 observations analogues et concluent ensuite :

a) Ce sont les troubles de la tonicité et du caractère qui semblent bien s'amender les premiers sous l'action du traitement, avant même l'atténuation et à plus forte raison la disparition des troubles trophiques.

b) L'importance qu'il y a à rechercher les perturbations neuro-végétatives à la fois au point de vue clinique, et surtout au point de vue de la conduite du traitement physiothérapique de l'acrodynie. Cette double importance cadrant d'ailleurs très bien avec l'étiologie neuro-glandulaire, qui semble de plus en plus probable, sinon de mieux en mieux connue de l'acrodynie.

Nous citerons également les observations de VERNON et BRAITHWAITE (*Archiv of diseases in childhood* 1933) qui pensent qu'au contraire les rayons ultra-violetts sont nocifs pour les malades et qui ont eu de

bons résultats en les mettant à l'abri de ces rayons et en leur faisant des injections intra-péritonéales de citrate de soude :

OBSERVATION 21 (résumée).

Acrodynie typique non améliorée par les vitamines A, B et D. Un essai de traitement par le foie cru a été mal supporté. Calcémie : 11,9 miligr. %, donc augmentée. On fait à cet enfant une injection intra-péritonéale de 15 cm³ d'une solution à 3,5 % de citrate de soude et 10 cm³ de sérum isotonique. Le lendemain, on recommence le même traitement, et 24 heures après, on constate une grande amélioration de l'état général et des symptômes. La calcémie descend à 10,9 miligr. %. Le poids augmente progressivement. Guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION 22

Fillette de 6 mois, malade depuis 1 mois. Calcémie à l'admission 12,3 miligr. %. Quelques jours après : injection intra-péritonéale de 10 cm³ d'une solution à 4 % de Citrate de soude. Le jour suivant, la calcémie n'est plus que de 10,4. On constate dans la semaine qui suit l'injection une amélioration marquée : l'enfant se lève, mange, l'état des extrémités s'améliore aussi. Au bout de quelque temps, rechute. On refait une injection de citrate et on obtient une guérison définitive après 6 semaines.

Les auteurs citent 2 cas où on fit le traitement par le citrate après avoir gardé les enfants 2-3 jours dans des chambres à fenêtres rouges (pour exclure les rayons ultra-violetes de la lumière). Après un séjour dans ces chambres, les enfants étaient améliorés, mais les auteurs ont observé qu'ils réagissaient moins bien au traitement par le citrate que ceux des observations précédentes. Enfin 3 autres enfants malades furent mis dans les chambres à fenêtres rouges

sans aucun autre traitement. Ils furent améliorés, mais 2 sur 3 contractèrent une diarrhée infectieuse qui les emporta en quelques jours.

Les auteurs concluent que l'acrodynie est due à une réaction anormale à la lumière du soleil, d'un enfant qui auparavant a souffert d'une infection aiguë respiratoire. Les phénomènes biologiques observés sont analogues à ceux qu'on obtient par l'hypervitaminose D expérimentale. On trouve une augmentation de la calcémie, à laquelle serait due l'hypotonie musculaire, la dépression mentale et la rapide percée des dents qu'ils observèrent dans plusieurs cas.

Les affirmations de ces auteurs n'ont pas été confirmées depuis, cependant nous avons remarqué que si les rayons ultra-violets peuvent être souvent un bon traitement adjuvant, les résultats qu'on obtient si on l'emploie seul, sont très tardifs et inconstants.

Il était tout naturel, qu'on utilisât dans cette maladie où les symptômes sympathicotoniques dominent, le médicament spécifique de ces états : l'éserine. C'est sous la forme de *Généserine* que l'emploi M. le Docteur R. CLÉMENT qui a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation suivante :

OBSERVATION 23

L'enfant C. E., âgé de 5 ans, est vu pour la première fois en mars 1934, alors qu'il est malade depuis le début de janvier. Sa maladie a commencé par de l'anorexie et des troubles du caractère. L'enfant se plaint actuellement de douleurs lombaires.

A l'examen : les mains et les pieds sont rouges, enflés, avec les orifices sudoripares dilatés et nettement visibles.

Transpiration abondante. Tachycardie (120). Pression artérielle 10,8. On commence une série d'injections d'acécho-line. Le traitement n'améliore le malade que passagèrement et devant la persistance des symptômes, on donne à l'enfant, à partir du 11 mai, 3 fois par jour, 20 gouttes de Generine et une pastille de Vitadone.

On revoit le malade après un mois de traitement : l'amélioration est importante, la tachycardie a diminué, l'état des extrémités est meilleur. On fait continuer le traitement et on revoit l'enfant au bout d'un mois presque entièrement guéri : le psychisme est normal, le poids a augmenté, le sommeil est bon, le pouls est normal.

Seul persiste un léger état de nervosité.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT PAR LES BAINS CARBO-GAZEUX ET LA DIATHERMIE

Nous arrivons enfin au traitement qui a été employé de préférence par notre maître, le Docteur J. LEVESQUE, à l'hôpital Bretonneau, et qui, dans de nombreux cas, donna des résultats décisifs et précoces.

Nous renvoyons aux observations I et II que nous avons citées dans la première partie de ce travail, et nous citerons plus loin 2 observations qui confirment ces résultats.

OBSERVATION 24

H. Jacques, âgé de 22 mois, consulte pour la première fois le 4 juin 1934. Depuis environ 3 mois, l'enfant présente des troubles du caractère, de l'inappétence, il refuse de marcher, il dort très peu. Sa mère l'amène à cause d'une légère éruption apparue récemment sur les extrémités.

L'enfant n'a pas d'antécédents pathologiques notables : dès la naissance (forceps) il a été nourri au lait Nestlé qu'il a pris jusqu'à 15 mois. Ensuite on lui donna du lait de vache naturel. A commencé à marcher à 18 mois. Première dent à 5 mois.

A l'examen : l'enfant est grognon, refuse de marcher et se tient constamment replié sur lui-même. Les mains et les pieds sont très rouges et tuméfiés, réalisant l'aspect typique de l'acrodynie. Il n'y a ni stomatite, ni troubles trophiques. La température varie entre 37° et 37°6. *La pression arté-*

rielle est de 18. On ordonne des bains carbo-gazeux quotidiens et des séances de diathermie.

Le 22 juin, après 16 jours de traitement, on revoit l'enfant : il est beaucoup plus calme mais l'état des extrémités n'a pas changé. La tension est à 17. On interrompt le traitement et on prescrit une série de séances d'Ultra-Violets.

Le 20 juillet : malgré une amélioration des signes périphériques, les douleurs et l'anorexie persistent de même que l'hypertension (16). On redonne des bains carbo-gazeux quotidiens.

Le 17 août : l'appétit reprend, l'enfant dort bien et marche normalement. La tension *est descendue à 8 1/2.*

OBSERVATION 25

T. Edouard, âgé de 14 mois 1/2, est amené pour la première fois le 31 janvier 1934 parce que depuis 15 jours il refuse de manger. Depuis 8 jours selles liquides.

L'enfant est né à terme, accouchement normal. Nourri au sein jusqu'à 4 mois 1/2, il a été mis au lait de vache après cet âge. A eu une première bouillie à 11 mois. Première dent à 6 mois 1/2. Ne marche pas encore seul. En 15 jours, l'enfant a maigri de 500 gr., le sommeil est agité. Température 37°5. A l'examen, on ne trouve qu'une légère stomatite. Pas de signes méningés : la Cuti et la radioscopie pulmonaire sont négatives.

L'enfant est revu 3 jours plus tard et ce n'est qu'alors qu'on pose le diagnostic d'acrodynie. On trouve en effet en dehors des troubles du caractère, de l'insomnie, et de l'anorexie qui vont en s'accroissant : un gros œdème des mains qui sont très rouges. Les pieds sont froids, un peu œdématisés et cyanosés. Il existe une hypotonie musculaire considérable : la mère nous apprend que l'enfant prend pour dormir les positions les plus bizarres.

La pression artérielle est difficile à prendre à cause de l'agitation du malade, mais il semble qu'elle soit aux environs de 11. On prescrit des bains carbo-gazeux avec 2-3 comprimés de Royat par bain et des séances quotidiennes de diathermie.

10 jours plus tard l'enfant est revu : il est beaucoup plus calme, il dort mieux et l'œdème des extrémités a diminué. La tension est de 10. On continue le traitement.

Le 16 février, on note une éruption généralisée pouvant faire penser à la rubéole, la gorge est un peu rouge.

Le 19 février, l'éruption a disparu, l'enfant dort mieux et a meilleur appétit.

Le 12 mars : l'enfant a pris 510 grammes. L'amélioration est manifeste : il commence à tolérer les chaussures. La tension est à 9 1/2. L'appétit est normal. L'enfant peut être considéré comme guéri : il a reçu en tout : 10 séances de diathermie et 2 bains carbo-gazeux par jour depuis le début du traitement.

Nous avons soigné de la même façon plusieurs autres malades et nous avons presque toujours constaté un effet immédiat sur l'insomnie et l'irritabilité des malades. De même nous avons vu que si la rougeur et la tuméfaction des extrémités était plus longue à disparaître, la douleur cédait assez vite au traitement. De même, la tension artérielle s'abaisse notablement.

Ce qui nous semble surtout important c'est la *rapidité* avec laquelle on obtient l'amélioration. D'après notre maître, M. le Docteur LEVESQUE, on ne doit retenir comme efficace, dans cette maladie, que les traitements qui donnent des bons résultats après une semaine. C'est ce fait de la rapidité qui nous paraît rendre indiscutable la valeur du traitement par les bains carbo-gazeux, surtout en rapport avec d'autres méthodes que nous avons cité, et pour lesquelles l'amélioration ne se fait sentir qu'au bout de 3 semaines, un mois.

En outre, ce traitement est facilement réalisable au domicile du malade : on prépare des bains chauds ordinaires et on met dedans 2-3 comprimés effervescents de ROYAT. On laisse l'enfant environ dix mi-

nutés dans le bain et les mères des enfants nous ont rapporté que ces enfants, qui, en général, supportent mal les bains chauds, demandaient à y rester plus longtemps.

Quant à la diathermie, nous l'employons en même temps ou après les bains carbo-gazeux. Seule, ou dans les cas où le traitement par les bains a échoué, la diathermie ne nous a pas donné des résultats importants. LABORDERIE, dans un article paru récemment dans les Archives d'électricité médicale, met au point la question technique de l'application de la diathermie dans l'acrodynie. Il dit en outre qu'on peut la remplacer avantageusement par les ondes courtes et cite de beaux résultats obtenus par l'association à la diathermie, de la radiothérapie sur le renflement cervico-brachinal et dorso-lombaire.

Bien entendu, avec cette méthode comme avec les autres, on peut avoir des échecs; néanmoins, en raison du nombre et de la rapidité des résultats obtenus, nous croyons que les traitements par les bains carbo-gazeux associés à la diathermie méritent une place de choix dans l'arsenal thérapeutique de l'acrodynie.

CONCLUSIONS

1) Le diagnostic des formes frustes de l'acrodynie peut être fait même en l'absence du syndrome acropathologique depuis qu'on connaît l'importance des signes vasculaires majeurs : l'hypertension artérielle et la tachycardie sur lesquels, après tant d'auteurs, nous tenons une fois de plus à insister.

2) Nous croyons pouvoir décrire une forme d'acrodynie atypique, caractérisée par des crises douloureuses abdominales tabétiformes.

Il existait, dans trois de nos observations, de l'hypertension artérielle et de la tachycardie mais les autres signes d'acrodynie étaient discrets ou faisaient défaut. Nous avons appelé ces formes, des formes abdominales pures.

Nous avons trouvé le même type de crises douloureuses, en dehors de tout symptôme digestif dans de nombreuses observations d'acrodynie typique.

3) Nous attribuons à ces crises douloureuses une origine nerveuse, en rapport avec une atteinte du système neuro-végétatif et nous les rangeons parmi les autres signes sympathicotoniques de la maladie.

4) Après avoir passé en revue les divers traitements dirigés contre cette maladie, nous avons constaté que ceux qui ont donné les plus nombreux résultats sont les traitements qui visent les troubles vasculaires d'origine neuro-végétative.

Parmi ceux qui ont déjà été proposés il faut avant tout noter le traitement par les injections d'acétylcholine. (LEREBOULLET, LELONG, ODINET).

5) Nous proposons à notre tour le traitement préconisé par notre maître M. le Docteur J. LEVESQUE, qui donna des résultats remarquables par leur rapidité :

a) bains carbo-gazeux réalisés par la dilution dans l'eau de 2-3 pastilles de Royat.

b) diathermie généralisée.

6) Il n'y a pas de traitement qui donne des résultats constants dans l'acrodynie : il importe avant tout d'en faire le diagnostic précocement, car après une évolution de 6 semaines à 2 mois tout se passe comme si la maladie se fixait. Elle évolue par poussées successives pendant un temps qu'on ne peut pas prévoir, et à cette période tous les traitements peuvent rester sans effet.

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :
Le Président de la Thèse,
LEREBOULLET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT et LICHTENBERG. — Bull. Soc. de Pédiatrie, Paris, février 1933.
- AUGÉE (S.). — Manifestations digestives de la maladie rhumatismale. Thèse de Paris, 1935.
- BEUTTER. — Deux cas d'acrodynie infantile. — Soc. de Pédiatrie de Paris, déc. 1926.
- BÉZY. — L'acrodynie paroxystique de l'enfance. — Ann. de Dermatologie et Syph., juillet 1928.
- BILDERBACK (J. B.). — A Group of cases of unknown etiology and diagnosis. Northwest Med 1920, Northwest Med 1931.
- BINET (M.). — Un cas d'acr. infantile. Soc. de Ped., déc. 1929.
- BROCA. — Année pédiatrique, Paris 1934.
- BROWN (A.). — A clinical and metabolic study of acrodynia. Arch. of Pediat., 1921 (New-York).
- BRUCKNER. — Die Feersche Krankheit Medizin. Klinik, juin 1928.
- BLECHMANN. — Acta paediatr., 1933.
- BRAITHWAITE. — Arch. dis. Childhood.
- CHAVANY. — Presse médicale, nov. 1933.
- CASTETS. — Thèse, Montpellier, 1929.
- COMBY. — L'érythroœdème australien. Archives de Médecine des Enfants, nov. 1922.
- CORRÉARD. — L'acrodynie. Thèse, Lyon 1927.
- COSMI (de). — L'acrodynie infantile. Thèse, Paris 1930.
- DEBRÉ, Mlle HÉBERT et GARDINIER. — Acrodynie avec adénomégalias multiples. Soc. de Péd., déc. 1928.
- DEBRÉ (R.) et Mlle PETOT. — Soc. de Péd., Paris, oct. 1924.
- DEBRÉ et COSMI (de). — Les formes cliniques de l'acrodynie. Monde Méd., janvier 1930.
- DORGEVILLE — L'acrodynie. Thèse, Nancy 1934.
- DEUBER (A.). — Schweiz Med. Woch., mai 1928.
- DEVIC et DAUJAT. — Soc. Méd. Hop. de Lyon, oct. 1928.
- DESSERT, GAUD et TEISSIER. — Monde Médical, nov. 1933.
- DEBRÉ et CLÉRET. — Bull. Soc. de Pédiatrie, mai 1932.
- FEER. — Ein unbekanntes Krankheitsbild. Schweizerische medizinische Wochenschrift, 1912.

- FEER. — *Jabrb f. Kinderheilkunde*, mai 1925.
- FROUIN. — Thèse, Bordeaux 1928.
- HAUSHALTER. — *Revue Neurologique*, 1925.
- *Revue Médicale de l'Est*, avril 1934.
- HOECHSTETTER. — Thèse, Nancy 1925.
- JANET (H.). — *L'acrodynie : Journ. de médecine et de chirurgie pratique*, décembre 1928.
- JANET et P. VALLERY RADOT. — *Bul. Soc. Ped.*, octobre 1932.
- JANET et DAYRAS. — *Bul. Soc. Péd.*, oct. 1928.
- JANET et PIERROT. — *Bul. Soc. Péd.*, 21 déc. 1926.
- JANET et WECHSLER. — *Bul. Soc. Péd.*, 15 oct. 1929.
- KUIPER (T.). — *L'acrodynie infantile. Presse Méd.*, sept. 1927.
- LELONG et ODINET. — *Bul. Soc. Péd.*, 21 janv. 1930.
- LEREBOULLET et SAINT-GIRONS. — *Acrodynie*, Paris Méd., 1927.
- LEREBOULLET. — *Gazette des Hôpitaux*, mai 1932.
- LITTRÉ. — *Dictionnaire de Médecine*.
- LEVESQUE et MÉRY. — *Bul. Soc. Péd.*, déc. 1933.
- LABORDERIE. — *Archives d'Electricité médicale*, 1934.
- MULLER. — *Arch. für Kinderh.*, juin 1927.
- MALDAN-MASSOT. — *Bul. Soc. Péd.*, décembre 1933.
- MOURUT. — *Bul. Soc. Péd.*, juin 1934.
- MORQUIO. — *Arch. del pediatria Uruguay*, 1932.
- MARQUEZY. — 3 cas d'acrodynie. *Bul. Soc. Péd.*, avril 1932.
- NOBÉCOURT (P.) et KAPLAN. — *Bul. Soc. Péd.*, 18 mars 1930.
- NOBÉCOURT. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1932.
- NOBÉCOURT et PICHON. — *Bul. Soc. Péd.*, 15 février 1927.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Lyon Médical*, août 1934.
- PATERSON et GREENFIELD. — *Erythroedema polyneurites (Oxford). Quarterly Journal of Medicine*, 1923.
- PÉHU. — *Lyon-Médical*, janvier 1927.
- *Lyon-Médical*, novembre 1928.
- PÉHU et ARDISON. — *Société de Pédiatrie*, oct. 1926.
- *Paris Médical*, nov. 1926.
- *Paris Médical*, avril 1927.
- *Société médicale des Hôp. de Lyon*, oct. 1928.
- PÉHU. — *Lyon Médical*, juillet 1934.
- *Médecine*, août 1933.
- PRADZYNSKA-SEWARCZYNSKA. — *Archives de médecine des enfants*, août 1926.
- ROCAZ. — *L'acrodynie*, Paris, Doin, 1932.
- *Journal de Médecine de Bordeaux*, janv. 1928.

- RODDA. — Acrodynia : seventeen cases. Amer. Journal of
dis of. Chil., août 1925.
- SELTHER. — Arch. f. Kinderh, 1927.
- Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderh, 1934.
- SWEET. — Treatment of erythroedema. Med. Journal Aus-
tralia. (Suppl. 16 décembre 1927).
- SWIFT. — Med Journal Australia, 1921.
- THIBAUT. — L'hypertension artérielle chez l'enfant. Th.,
Lille, 1934.
- TEBBE. — Arch. f. Kinderh, oct. 1926.
- TURQUETTY. — L'acrodynie inf. Le Nourrisson, sept. 1928.
- VIPOND. — Arch. of Pediatrics, 1922.
- WESTON. — Acrodynie Arch. of Pediatr. 1920.
- WORINGER. — L'acrodynie infantile. Revue Franc. de Pédia-
trie, oct. 1926.
- WEILL-HALLÉ et KLOTZ. — Bul. Soc. Péd., juil. 1934.
- WOLF et DAVISON. — J. Pediatr., avril 1934.

11111111111111111111

